

A photograph of a modern glass skyscraper with a palm tree in front of it, set against a clear sky. The image is partially obscured by a large, dark blue diagonal graphic element that runs from the top left towards the bottom right.

**DRUG MEDI-CAL
ORGANIZED DELIVERY
SYSTEM (DMC-ODS)**

Beneficiary Handbook

Orange County



English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call - (855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332).

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request. Call 1-(855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al -(855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332).

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số -(855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332).

Tagalog (Tagalog/Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa -(855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. -(855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332)번으로 전화해 주십시오.

繁體中文(Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 -(855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332)。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐ ՈՒԹՅ ՈՒՆ՝ Եթե խոսուի մէք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցութիւններ: Ձանգահարէք -(855) 625-4657 (TTY (հեռատիպ) 1-714-834-2332):

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните -(855) 625-4657 (телетайп: 1-714-834-2332).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان در ای شما

فراهم می باشد. با (855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332) تماس بگیری د

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。-(855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332) 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 -(855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। -(855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

ملاحظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك

بالمجان. اتصل برقم (855) 625-4657 - (رقم هاتف الصم والبكم: 1-714-834-

2332).

हदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। -(855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรียน:

ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร -(855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332).

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: អរ សើ ិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ ,
រសវាជំនួយមននកភាសា រោយមិនគិត ្នួន

គឺអាចមានសំរាប់ ំរំអរ អុើ នក។ ចូ ទូ ស័ព្ទ -(855) 625-4657
(TTY: 1-714-834-2332)។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດຊາບ: ຖ້າ ວ່າ ທ່ານ ເວົ້າ ພາສາ ລາວ,
ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ,
ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ -
(855) 625-4657 (TTY: 1-714-834-2332).



ÍNDICE

Información general

<i>Servicios de emergencia.....</i>	<i>10</i>
<i>¿Por qué es importante leer este manual?.....</i>	<i>10</i>
<i>Como miembro del plan del DMC-ODS del condado, su Plan del condado es responsable de lo siguiente.....</i>	<i>12</i>
<i>Información para miembros que necesitan material en otro idioma.....</i>	<i>13</i>
<i>Información para miembros con dificultades para leer.....</i>	<i>13</i>
<i>Información para miembros con deficiencia auditiva</i>	<i>14</i>
<i>Información para miembros con deficiencia visual</i>	<i>14</i>
<i>Notificación de prácticas de privacidad.....</i>	<i>14</i>
<i>¿A dónde debo llamar si creo que he sido víctima de discriminación?</i>	<i>14</i>

Servicios

<i>¿Qué son los servicios del DMC-ODS?.....</i>	<i>15</i>
<i>Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT)</i>	<i>23</i>

Cómo obtener los servicios del DMC-ODS

<i>¿Cómo obtengo los servicios del DMC-ODS?</i>	<i>23</i>
<i>¿Dónde puedo obtener los servicios del DMC-ODS?.....</i>	<i>24</i>
<i>Atención fuera del horario</i>	<i>25</i>
<i>¿Cómo sé si necesito ayuda?</i>	<i>25</i>
<i>¿Cómo sé si un niño o adolescente necesita ayuda?</i>	<i>25</i>
<i>Como obtener servicios especializados de salud mental</i>	<i>25</i>

Necesidad médica

<i>¿Qué es una necesidad médica y por qué es tan importante?.....</i>	<i>26</i>
<i>¿Cuáles son los criterios de "necesidad médica" para la cobertura de los servicios de tratamiento para trastornos relacionados con sustancias?</i>	<i>26</i>

Selección de un proveedor

<i><u>¿Cómo encuentro un proveedor para los servicios de tratamiento de los trastornos relacionados con sustancias que necesito?</u></i>	<i><u>27</u></i>
<i><u>Una vez que encuentro un proveedor, ¿el plan del condado puede informar al proveedor los servicios que recibo?</u></i>	<i><u>27</u></i>
<i><u>¿Qué proveedores usa mi plan del DMC-ODS?.....</u></i>	<i><u>28</u></i>

Notificación de determinación adversa de beneficios

<i><u>¿Qué es una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios?.....</u></i>	<i><u>28</u></i>
<i><u>¿Cuándo recibiré una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios?</u></i>	<i><u>29</u></i>
<i><u>¿Recibiré siempre una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios cuando no reciba los servicios que quiero?</u></i>	<i><u>29</u></i>
<i><u>¿Qué me informará la Notificación de Determinación Adversa de Beneficios?</u></i>	<i><u>30</u></i>
<i><u>¿Qué debo hacer cuando recibo una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios?</u></i>	<i><u>30</u></i>

Procesos de resolución de problemas

<i><u>¿Qué ocurre si no recibo los servicios que quiero de mi plan del DMC-ODS del condado?.....</u></i>	<i><u>30</u></i>
<i><u>¿Puedo recibir ayuda para presentar una apelación, una queja o una Audiencia Estatal Imparcial?</u></i>	<i><u>31</u></i>
<i><u>¿Qué ocurre si necesito solucionar un problema con mi plan del DMC-ODS del condado pero no quiero presentar una queja o apelación?.....</u></i>	<i><u>31</u></i>

El proceso de reclamación

<i><u>¿Qué es una queja?.....</u></i>	<i><u>32</u></i>
<i><u>¿Cuándo puedo presentar una queja?.....</u></i>	<i><u>32</u></i>
<i><u>¿Cómo puedo presentar una queja?.....</u></i>	<i><u>32</u></i>
<i><u>¿Cómo sé si mi plan del condado recibió mi queja?</u></i>	<i><u>32</u></i>
<i><u>¿Cuándo se decidirá mi queja?</u></i>	<i><u>33</u></i>

¿Cómo sé si el plan del condado tomó una decisión sobre mi queja?..... 33
¿Existe una fecha límite para presentar una queja? 33

El proceso de apelación (estándar y acelerada)

¿Qué es una apelación estándar?..... 33
¿Cuándo puedo presentar una apelación? 34
¿Cómo puedo presentar una apelación? 35
¿Cómo sabré si se ha decidido mi apelación?..... 35
¿Existe una fecha límite para presentar una apelación?..... 35
¿Cuándo se tomará una decisión acerca de mi apelación?..... 36
¿Qué ocurre si no puedo esperar 30 días para obtener la decisión de mi apelación? 36
¿Qué es una apelación rápida?..... 36
¿Cuándo puedo presentar una apelación rápida?..... 36

El proceso de audiencia estatal imparcial

¿Qué es una Audiencia Estatal Imparcial?..... 37
¿Cuáles son mis derechos a una Audiencia Estatal Imparcial?..... 37
¿Cuándo puedo presentar la solicitud de una Audiencia Estatal Imparcial?..... 37
¿Cómo solicito una Audiencia Estatal Imparcial? 38
¿Existe una fecha límite para presentar la solicitud de una Audiencia
Estatal Imparcial? 38
¿Puedo continuar recibiendo los servicios mientras estoy esperando la decisión
de una Audiencia Estatal Imparcial?..... 38
¿Qué debo hacer si quiero continuar recibiendo los servicios mientras estoy esperando
la decisión de una Audiencia Estatal Imparcial?..... 39
¿Qué ocurre si no puedo esperar 90 días para obtener la decisión de mi Audiencia Estatal
Imparcial? 39

Información importante sobre el programa medi-cal del estado de california

¿Quién puede recibir Medi-Cal?..... 39
¿Tengo que pagar para recibir Medi-Cal? 40
¿Medi-Cal cubre el transporte? 40

Derechos y responsabilidades de los miembros

¿Cuáles son mis derechos como beneficiario de los servicios del DMC-ODS?..... 41

¿Cuáles son mis responsabilidades como beneficiario de los servicios del DMC-ODS?... 42

Directorio de proveedores..... 43

Solicitud de transición de cuidados

¿Dónde puedo solicitar mantener mi proveedor anterior y fuera de la red?.....44

¿Cómo puedo solicitar mantener mi proveedor fuera de la red?.....44

¿Qué pasa si hubiese continuado viendo a mi proveedor fuera de la red luego de pasar al plan del Condado? 44

¿Por qué el plan del condado negaría mi solicitud de transición de cuidados?..... 44

¿Qué ocurre si se niega mi solicitud de transición de cuidados?44

¿Qué ocurre si se aprueba mi solicitud de transición de cuidados?..... 45

¿Qué tan rápido se procesara mi solicitud de transición de cuidados? 45

¿Qué ocurre al final de mi periodo de transición de cuidados? 45

Resumen de información de contacto del Sistema Organizado de Medi-Cal de Tratamiento de Dependencia de Alcohol y Drogas.

Servicios para los miembros(855) 625-4657

Línea de acceso para los beneficiarios (Beneficiary Access Line, BAL).....(800) 723-8641

Información sobre EPSDT.....(714) 834-5015

Quejas y apelaciones(866) 308-3074

Gestión de utilización.....(714) 834-5601

Para acceder a este manual y al directorio en línea, visitewww.ohealthinfo.com/DMC-ODS

Otros recursos

Línea directa de prevención del suicidio las 24 horas(877) 727-4747

Equipo de evaluación de crisis(866) 830-6011

Línea telefónica de atención de especialistas de NAMI
(que no sean crisis)(877) 910-9276

Actualizado en Noviembre del 2019

INFORMACIÓN GENERAL

Servicios de emergencia

Los servicios de emergencia están cubiertos las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si considera que tiene una emergencia médica, llame al 911 o acuda al servicio de urgencias más próximo para recibir asistencia.

Los Servicios de emergencia son servicios prestados para una enfermedad médica inesperada, incluyendo una emergencia psiquiátrica.

Una enfermedad de emergencia se presenta cuando usted tiene síntomas que causan un dolor intenso, una enfermedad o una lesión grave, que según el criterio de una persona prudente sin conocimientos en la materia (una persona cuidadosa y cautelosa que no sea un médico) razonablemente podría esperarse que sin atención médica pudieran causar lo siguiente:

- poner en grave peligro su salud;
- si está embarazada, poner su salud o la del feto en grave peligro;
- ocasionar graves daños en el funcionamiento de su organismo; u
- ocasionar graves daños en cualquier órgano o parte del cuerpo.

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

Adonde Llamar Si Tengo Pensamientos de Suicidio

Si usted o alguna persona que usted conoce esta en crisis, favor de llamar a la Línea Nacional para la Prevención del Suicidio al 1-800-273- TALK (8255).

Para residentes de la comunidad local que necesitan ayuda durante una crisis o para encontrar servicios de salud mental en la comunidad favor de llamar al (877) 727-4747 (7-CRISIS).

También puede visitar el sitio web: <http://www.ocheathinfo.com/bhs/about/pi/crisis/hotline>.

¿Por qué es importante leer este manual?

Bienvenido al Sistema Organizado de Medi-Cal de Tratamiento de Trastornos relacionados con el uso de sustancias del condado de Orange (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS). A este sistema lo llamamos el "Plan del condado" a lo largo de este manual. El Plan del condado brinda servicios de tratamiento para los trastornos relacionados con el uso de sustancias (substance use disorder, SUD) a todos los beneficiarios elegibles para recibir Medi-Cal que residen en el condado de Orange.

Nuestra misión es evitar los trastornos mentales y relacionados con el uso de sustancias; cuando se presentan señales, intervenir de forma temprana y apropiada; y cuando las evaluaciones indican que el tratamiento es necesario, proporcionar el tipo de tratamiento adecuado, en el lugar adecuado, por el programa o la persona adecuados a fin de ayudar a las personas a alcanzar y mantener la mayor calidad en la salud y el bienestar.

Como beneficiario, su plan le ofrece una amplia variedad de servicios de tratamiento para SUD cuando son necesarios por razones médicas.

El Plan del condado exige que las decisiones relacionadas con la asignación de tratamientos cumplan con los criterios establecidos por la Sociedad Americana de Medicina para las Adicciones (American Society of Addiction Medicine, ASAM). Existen varias maneras de acceder a los servicios para SUD en su plan. Cuando usted solicite los servicios, el Plan del condado tomará las medidas para que se le realice una evaluación compatible con la ASAM a fin de determinar el tipo de servicios que usted necesita y para ayudarlo a que comience el tratamiento lo antes posible. En varios casos, su elegibilidad para acceder a los servicios puede determinarse y aprobarse de inmediato. Sin embargo, algunos tipos de servicios específicos, como los servicios de tipo residencial o los servicios fuera de la red de proveedores requieren autorización previa. Su proveedor del Plan del condado lo guiará a través del proceso, si fuera necesario.

Es importante que comprenda cómo funciona el plan del Sistema Organizado de Medi-Cal de trastornos relacionados con el uso de sustancias (DMC-ODS) para que pueda obtener la atención que necesita. En este manual se explican sus beneficios y cómo obtener atención. También se responderán muchas de sus preguntas.

Aprenderá lo siguiente:

- Cómo recibir los servicios de tratamiento para los trastornos relacionados con el uso de sustancias (SUD) a través de su plan del DMC-ODS.
- Qué beneficios tiene a su disposición.
- Qué hacer si tiene preguntas o problemas.
- Sus derechos y responsabilidades como miembro de su plan del DMC-ODS del condado.

Si no lee ahora este manual, debe conservarlo para poder leerlo más adelante.

Use este manual además del manual de los miembros que recibió cuando se inscribió para recibir sus beneficios actuales de Medi-Cal. Esto podría efectuarse a través del plan de atención gestionada de Medi-Cal o el programa de "tarifa por servicio" de Medi-Cal.

Como miembro del Plan del DMC-ODS del condado, su Plan del condado es responsable de lo siguiente...

- Determinar si usted es elegible para recibir los servicios de DMC-ODS del condado o su red de proveedores.
- Coordinar su atención.
- Proporcionar un número de teléfono gratuito con atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana donde puedan responderle cómo obtener los servicios del Plan del condado. También puede comunicarse con el Plan del condado a este número a fin de consultar la disponibilidad de la atención fuera del horario.
- Tener los proveedores suficientes para garantizar que usted pueda obtener los servicios de tratamiento para SUD cubiertos por el Plan del condado si los necesita.
- Brindarle información y educación sobre los servicios disponibles mediante su Plan del condado.
- Proporcionarle servicios en su idioma a través de un intérprete (si fuera necesario) de forma gratuita e informarle que esos servicios de interpretación están disponibles.
- Proporcionarle información por escrito acerca de lo que tiene a su disposición en otros idiomas o formatos. Este manual y el resto del material de información para el beneficiario también están disponibles en todos los idiomas minoritarios del condado, que son los siguientes: árabe, persa, coreano, español y vietnamita. Dicho material también está disponible en letra grande y audio si se requiere. Se le ofrecerá ese material cuando ingrese a cualquier programa. En ese momento, puede solicitar una copia impresa de este material y se le proporcionará el vínculo en Internet al mismo material. Asimismo, en cualquier momento, puede solicitar dicho material a su proveedor. Para acceder al material de información para el beneficiario en línea, siga este vínculo: www.ochhealthinfo.com/DMC-ODS
- Brindarle notificación sobre cualquier cambio considerable en la información especificada en este manual con una anticipación de 30 días como mínimo antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio. Un cambio se estimará como considerable cuando haya un aumento o disminución en la cantidad o el tipo de servicios disponibles, o si hay un aumento o disminución en la cantidad de proveedores de la red, o si se presenta cualquier otro cambio que podría afectar los beneficios que usted recibe a través del Plan del condado.
- Informarle si algún proveedor contratado se niega a proporcionar servicios o respaldar de otra forma cualquier servicio cubierto debido a objeciones morales, éticas o religiosas e informarle sobre cualquier proveedor alternativo que ofrezca el servicio cubierto.
- Asegurar que tenga un acceso continuo a su proveedor anterior, y ahora fuera de la red, por un periodo de tiempo si el cambiar de proveedores pudiera causar que su salud sufriera o se incrementara su riesgo de una hospitalización.

A fin de contactarse con el personal de los Servicios para los miembros, llame al **(855) 625-4657 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.**

La Línea de acceso para los beneficiarios (BAL) del Plan del condado también cuenta con personal y opera una Línea de acceso gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede contactarse con la BAL **en cualquier momento llamando al (800) 723-8641.**

Ambas líneas cuentan con personal clínico que habla los idiomas minoritarios más prevalentes en el condado de Orange, que son los siguientes: árabe, persa, coreano, español y vietnamita. Se ofrece el servicio de interpretación a otros idiomas si se solicita.

Para las personas que llaman y solicitan los servicios de traducción de idiomas, su Plan utiliza una Línea telefónica de idiomas o servicios de interpretación semejantes. El Servicio de Retransmisión de California, que cumple con la Ley ADA y proporciona una amplia variedad de servicios de retransmisión, incluido el uso de teletipo (TTY), se usa para las personas sordas/con dificultades auditivas que llaman. **Puede contactarse con el Servicio de retransmisión de voz o TTY en inglés o español llamando al (800) 855-7100.**

Además, el Servicio de retransmisión por video (VRS) para personas sordas/con dificultades auditivas que llaman está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El VRS se conecta automáticamente cuando un usuario de videoteléfono sordo/con dificultades auditivas llama o se lo contacta.

Si tiene preguntas sobre la Gestión de Utilización, llame al (714) 834-5601, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Información Para Miembros Que Necesitan Material En Otro Idioma

Todo el material escrito está disponible en los idiomas minoritarios del condado. La información sobre cómo acceder a los servicios de interpretación está disponible en todos los idiomas minoritarios de todos los lugares donde se brinda tratamiento. En caso necesario, el Plan también utiliza una línea telefónica de idiomas que ofrece servicios de traducción a todos los idiomas. Solicite a su proveedor cualquier material que quiera recibir en otro idioma.

Información para miembros con dificultades para leer

Todo el material de información está disponible en formatos alternativos, como impresión en letra grande o audio. Puede solicitar a su proveedor estos formatos en cualquier momento y también puede acceder a dicho material en cualquier momento al hacer clic en el siguiente vínculo: www.ochealthinfo.com/DMC-ODS

Información para miembros con deficiencia auditiva

El Servicio de Retransmisión de California proporciona una amplia variedad de servicios de retransmisión, incluido el uso de TTY y VRS para las personas con deficiencia auditiva que llaman. Puede contactarse con el **Servicio de Retransmisión de California llamando al (800) 855-7100.**

El servicio de retransmisión por video también pueden usarlo los beneficiarios sordos o con dificultades auditivas. El VRS se conecta automáticamente cuando un usuario de videoteléfono sordo/con dificultades auditivas llama o se lo contacta.

Información para miembros con deficiencia visual

El material de información está disponible en disco de audio (CD) a través de su proveedor y también en www.ochealthinfo.com/DMC-ODS en todos los idiomas minoritarios.

Notificación de prácticas de privacidad

La Notificación de Prácticas de Privacidad está disponible en todos los idiomas minoritarios de todos los lugares donde se brinda tratamiento y usted la recibirá cuando se inscriba.

Adonde llamar Si Creo Que he Sido Víctima de Discriminación

La discriminación es en contra de la ley. El estado de California y el DMC-ODS cumplen con todas las leyes federales de derechos civiles que sean aplicables y no discriminan en contra de ninguna persona por razones de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad. DMC-ODS:

- Provee ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en diferentes formatos (braille, letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Provee servicios de traducción gratuitos a aquellas personas para las cuales el Inglés no es su idioma materno. Esto incluye:
 - Intérpretes orales calificados
 - Información en los idiomas minoritarios

Si usted necesita estos servicios, por favor póngase en contacto con su Plan.

Si usted cree que el estado de California o DMC-ODS ha fallado en proveer estos servicios o usted ha sido discriminado de alguna forma en base a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, usted puede hacer una queja al:

Orange County Health Care Agency
Attn: Chi Rajalingam, Civil Rights Coordinator, Office of Compliance
405 W. 5th Street, Santa Ana, CA 92701
714-568-5787, 711 (TTD), 714-834-6595 (Fax)
officeofcompliance@ochca.com

https://cms.ocgov.com/gov/health/about/admin/notice_of_nondiscrimination.asp

Usted puede hacer una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacer una queja, la oficina de la doctora Chi Rajalingam, Coordinadora de Derechos Civiles, está a su disposición.

Usted también puede hacer una queja de derechos civiles electrónicamente con el Departamento de Estados Unidos de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles que está disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>. Usted puede una queja de derechos civiles por correo o teléfono a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Las formas para hacer una queja están disponibles en:
<https://www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr/index.html>

SERVICIOS

¿Qué son los servicios del DMC-ODS?

Los servicios del DMC-ODS son servicios de cuidado de salud para personas que presentan al menos un SUD que el médico de cabecera no puede tratar.

Los servicios del DMC-ODS incluyen los siguientes:

- Servicios de consulta externa
- Tratamiento de consulta externa intensivo
- Hospitalización parcial (disponible únicamente en algunos condados, no disponible en el condado de Orange)
- Tratamiento residencial (sujeto a la autorización previa del condado)
- Control de la abstinencia
- Tratamiento con opioides
- Tratamiento con ayuda de medicamentos (varía según el condado)
- Servicios de rehabilitación
- Manejo de caso y coordinación de servicios

Si quiere obtener más información sobre cada servicio del DMC-ODS que puede estar a su disposición, consulte las descripciones a continuación.

- **Tratamiento de consulta externa**
 - Se proporcionan servicios de consejería a los miembros de hasta nueve horas por semana para adultos y menos de seis horas por semana para adolescentes cuando se determina que son necesarios por razones médicas y cumplen con un plan individual de tratamiento. La prestación de los servicios puede estar a cargo de un profesional con licencia o un consejero certificado en cualquier lugar apropiado de la comunidad.
 - Los servicios de consulta externa incluyen ingreso y evaluación, planificación del tratamiento, consejería individual, consejería de grupo, terapia familiar, servicios colaterales, educación de los miembros, servicios de medicamentos, servicios de intervención en caso de crisis y planificación de aquellos servicios necesarios después de la terminación del tratamiento.
 - Los servicios para pacientes de consulta externa sin medicamentos (Outpatient Drug Free, ODF) están disponibles mediante programas del condado y programas bajo contrato en todo el condado. Las clínicas de consulta externa funcionan de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., con horario vespertino al menos una noche por semana en la mayoría de los lugares. Los proveedores bajo contrato también ofrecen servicios de consulta externa al menos 6 horas los sábados. Consulte a su proveedor los horarios específicos de sus ubicaciones.
 - El sistema de atención de SUD para adultos también ofrece programas especializados para los beneficiarios de DMC, en asociación con otros organismos, como los Servicios de libertad condicional, los Tribunales de colaboración y la Agencia de Servicios Sociales. Los servicios especializados incluyen los siguientes: Programa Perinatal, Programa de Tribunales de Drogas, Programa Judicial DUI (conducción en estado de embriaguez), AB 109, Programa de California para Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños

(CalWORKs), y Servicios para Personas Sordas o con Dificultades Auditivas. La mayoría de estos programas especializados requieren referencias directas de instituciones asociadas.

- Los servicios ODF para adolescentes están disponibles en cada una de las regiones del condado y se ofrecen de acuerdo con las actuales recomendaciones para el tratamiento juvenil hechas por la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA).
- **Tratamiento de consulta externa intensivo**
 - Se proporcionan servicios de tratamiento de consulta externa intensivo a los miembros (un mínimo de nueve horas y un máximo de 19 horas por semana para adultos, y un mínimo de seis horas y un máximo de 19 horas por semana para adolescentes) cuando se determina que son necesarios por razones médicas y cumplen con un plan individual de tratamiento. Los servicios incluyen principalmente consejería y educación sobre problemas relacionados con las adicciones. La prestación de los servicios puede estar a cargo de un consejero certificado en cualquier lugar apropiado de la comunidad.
 - Los servicios del tratamiento de consulta externa intensivo incluyen los mismos componentes que los servicios de consulta externa. La principal diferencia es la mayor cantidad de horas de servicio.
 - Los servicios de tratamiento intensivos de consulta externa (Intensivo Outpatient Treatment, IOT) están disponibles mediante programas del condado y programas bajo contrato en todo el condado. Las clínicas de IOT funcionan de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., con horario vespertino al menos una noche por semana en la mayoría de los lugares. Los proveedores bajo contrato también ofrecen servicios ambulatorios al menos 6 horas los sábados. Consulte a su proveedor los horarios específicos de sus ubicaciones.
 - El sistema de atención de SUD para adultos también ofrece programas especializados para los beneficiarios de DMC, en asociación con otros organismos, como los Servicios de libertad condicional, los Tribunales de colaboración y la Agencia de Servicios Sociales. Los servicios especializados incluyen los siguientes: Programa Perinatal, Programa de Tribunales de Drogas, Programa Judicial DUI (conducción en estado de embriaguez), AB 109, Programa de California para Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs), y Servicios para Personas Sordas o con Dificultades Auditivas. La mayoría de estos programas especializados requieren derivaciones directas de instituciones asociadas.

- Los servicios de IOT para adolescentes están disponibles en cada una de las regiones del condado y se ofrecen de acuerdo con las actuales Recomendaciones para el Tratamiento Juvenil de la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA). Cuando sea necesario por razones médicas, los adolescentes pueden obtener un nivel adicional de servicios, conforme al beneficio de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT). Para obtener más información sobre este beneficio, consulte la sección EPSDT a continuación.
- **Hospitalización parcial** (disponible únicamente en algunos condados)
 - Los servicios de hospitalización parcial incluyen 20 horas o más de programación de cuidados clínicos intensivos por semana, como se especifica en el plan de tratamiento de los miembros. Los programas de hospitalización parcial habitualmente tienen acceso directo a los servicios psiquiátricos, médicos y servicios de laboratorio, y apuntan a cubrir las necesidades que necesitan monitoreo o manejo diario, pero que pueden abordarse apropiadamente en un programa de consulta externa estructurado.
 - Los servicios de hospitalización parcial son similares a los servicios del tratamiento de consulta externa intensivo. La principal diferencia es el aumento en la cantidad de horas y el acceso adicional a los servicios médicos.
 - El Plan del condado de Orange no ofrece este nivel de atención.
- **Tratamiento residencial** (sujeto a la autorización del condado)
 - El tratamiento residencial es un programa residencial de corto plazo, no institucional, no médico, de 24 horas que brinda servicios de rehabilitación a los miembros con diagnóstico de SUD cuando se determina que son necesarios por razones médicas y de acuerdo con un plan de tratamiento individualizado. Cada miembro vivirá en el centro y obtendrá asistencia en sus esfuerzos por restaurar, mantener y emplear las habilidades para la vida interpersonal e independiente, así como acceder a los sistemas de apoyo de la comunidad. Los proveedores y los residentes trabajan en forma conjunta para definir los obstáculos, establecer prioridades, determinar objetivos, crear planes de tratamiento y resolver los problemas relacionados con SUD. Los objetivos incluyen mantener la abstinencia, prepararse para los factores desencadenantes de las recaídas, mejorar la salud personal y la inserción social, y comprometerse con el cuidado continuo.
 - Los servicios residenciales requieren la autorización previa del Plan del condado. Cada autorización de servicios residenciales puede extenderse por un máximo de 90 días para los adultos y 30 días para los jóvenes. Solo se permiten dos autorizaciones de servicios residenciales en un período de un año. Es posible

obtener una extensión de 30 días por año según sean necesario por razones médicas. Las mujeres embarazadas pueden recibir servicios residenciales hasta el último día del mes de los 60 días posteriores al parto. Los miembros que son elegibles para recibir los servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT) (menores de 21 años) no tendrán los límites en la autorización como se describe anteriormente siempre que la necesidad por razones médicas establezca que se requieren servicios residenciales continuos.

- Los servicios residenciales incluyen ingreso y evaluación, planificación del tratamiento, consejería individual, consejería de grupo, terapia familiar, servicios colaterales, educación de los miembros, servicios de medicamentos, preservación de los medicamentos (los centros guardarán todos los medicamentos de los residentes y los miembros del personal de los centros pueden ayudar con la autoadministración de medicamentos por parte de los residentes), servicios de intervención en caso de crisis, transporte (suministro de transporte o arreglos para el transporte desde el lugar y hacia el lugar del tratamiento por razones médicas) y planificación de aquellos servicios necesarios después de la terminación del tratamiento.

- **Control de la abstinencia (Desintoxicación)**

- Los servicios de control de la abstinencia se proporcionan cuando se determina que son necesarios por razones médicas y están de acuerdo con un plan de cliente individualizado. Cada miembro residirá en el centro si está recibiendo un servicio residencial y será supervisado durante el proceso de desintoxicación. Los servicios de habilitación y rehabilitación necesarios por razones médicas se prestan de acuerdo con un plan de cliente individualizado prescrito por un médico autorizado o prescriptor autorizado, y están aprobados o autorizados de acuerdo con los requisitos del estado de California.
- Los servicios de control de la abstinencia incluyen ingreso y evaluación, observación (para evaluar el estado de salud y la respuesta a cualquier medicamento recetado), servicios de medicamentos y planificación de aquellos servicios necesarios después de la terminación del tratamiento.
- Su plan ofrece programas de control de la abstinencia residenciales, no institucionales, no médicos que utilizan un sistema de desintoxicación con modelo social durante un máximo de siete (7) días. Al menos un proveedor autoriza y controla los medicamentos que el beneficiario trae y toma a fin de ayudar a reducir las molestias o los efectos secundarios de la abstinencia.
- Los miembros elegibles pueden recibir los servicios de tratamiento del control de abstinencia con hospitalización en hospitales de cuidados intensivos. Los servicios de control de abstinencia intensivos están disponibles las 24 horas del

día, los 7 días de la semana. Si experimenta un síndrome de abstinencia agudo o grave, acuda al servicio de urgencias más próximo.

- **Tratamiento para Opioides**

- Los servicios del Programa de Tratamiento con Opioides (opiáceos) (OTP/NTP) se proporcionan en los centros autorizados del Programa de Tratamiento de Narcóticos (NTP). Los servicios necesarios por razones médicas se prestan de acuerdo con un plan de cliente individualizado determinado por un médico o prescriptor autorizado, y están aprobados o autorizados de acuerdo con los requisitos del estado de California. Los programas OTP/NTP son necesarios para ofrecer y recetar medicamentos a los miembros cubiertos bajo la lista de medicamentos disponibles del DMC-ODS, que incluyen los siguientes: metadona, buprenorfina, naloxona y disulfiram.
- Un miembro debe recibir, como mínimo, 50 minutos de sesiones de consejería con un terapeuta o consejero por un máximo de hasta 200 minutos por mes calendario; sin embargo, pueden prestarse servicios adicionales si son necesarios por razones médicas.
- Los servicios de tratamiento con opioides incluyen los mismos componentes que los servicios de tratamiento de consulta externa con la inclusión de la psicoterapia médica que incluye la conversación en persona llevada a cabo por un médico en forma personalizada con el miembro.
- Los servicios del NTP están disponibles para adultos, de 18 años en adelante, siete (7) días a la semana y se proporcionan por centros del NTP autorizados. Debe ser residente del condado de Orange para recibir los servicios del NTP en los centros del NTP del condado de Orange.
- En casos individualizados, se ofrece dosificación de cortesía de los residentes del condado de Orange en otros condados según el caso y el proceso está determinado por el condado que suministra la dosis de cortesía. El condado de Orange brinda dosificación de cortesía a los beneficiarios de DMC que residen en otros condados de acuerdo con el caso y cuando sea necesario por razones médicas. Los beneficiarios deben contactarse con el NTP a fin de determinar los pasos necesarios para obtener una dosis ocasional fuera del condado donde residen.

- **Tratamiento Con Ayuda De Medicamentos (varía según el condado)**

- Los servicios del tratamiento con ayuda de medicamentos (Medication Assisted Treatment, MAT) están disponibles fuera de la clínica del OTP. El MAT

comprende el uso de medicamentos recetados, junto con consejería y terapias del comportamiento, para brindar un enfoque integral de la persona en el tratamiento de SUD. La prestación de este nivel de servicio es opcional para los condados que participan.

- Los servicios del MAT incluyen la solicitud, prescripción, administración y supervisión de todos los medicamentos para SUD. La dependencia de opioides y alcohol, particularmente, tienen opciones de medicamentos de amplia aceptación. Los médicos y otros prescriptores pueden ofrecer medicamentos a los miembros cubiertos bajo la lista de medicamentos disponibles del DMC-ODS, que incluyen los siguientes: buprenorfina, naloxona, disulfiram, Vivitrol,acamprosato o cualquier medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) para el tratamiento de SUD.
- El MAT se proporciona cuando es necesario por razones médicas y puede llevarse a cabo junto con cualquier nivel de atención de la ASAM cubierto bajo el Plan. Este tratamiento también se ofrece a los beneficiarios provenientes del sistema de justicia penal para ayudarlos en la transición a uno de los programas del DMC-ODS a fin de continuar su tratamiento. Los coordinadores asistenciales ayudan a coordinar el tratamiento y los servicios complementarios para brindar asistencia en dichas transiciones.
- Si su proveedor no ofrece servicios del MAT en ese programa, este puede ayudarlo a usted en la coordinación y vinculación con un programa del MAT para que pueda recibir los servicios del MAT, si fuera necesario.

- **Servicios De Rehabilitación**

- Los servicios de rehabilitación son importantes para la rehabilitación y el bienestar del miembro. La comunidad del tratamiento se convierte en un agente terapéutico a través del cual los miembros fomentan su autonomía y se preparan para gestionar su salud y su atención médica. Por lo tanto, el tratamiento debe poner énfasis en el rol central del miembro en la gestión de su salud, el uso eficaz de estrategias de apoyo de la autogestión, y la organización de recursos internos y comunitarios para proporcionar apoyo de la autogestión de forma continua a los miembros.
- Los servicios de rehabilitación incluyen los siguientes: consejería individual y de grupo; monitoreo de la rehabilitación/asistencia para la drogadicción (asesoramiento para la rehabilitación, prevención de recaídas y servicios para-profesionales); y manejo de casos (vinculación con servicios educativos, vocacionales, de asistencia familiar, de asistencia comunitaria, de vivienda, de transporte y otros servicios según la necesidad).

- Usted es elegible para recibir los servicios de mantenimiento de la rehabilitación que lo ayudarán con la continuidad de su sobriedad y le brindarán apoyo en su transición al concluir el tratamiento estructurado. Todos los niveles de atención del Plan ofrecen servicios de rehabilitación a los beneficiarios del condado que ya no participan de forma activa en el tratamiento de SUD estructurado.

- **Manejo de Casos y Coordinación de Servicios**
 - Los servicios de manejo de casos brindan asistencia a los miembros en el acceso a los servicios médicos, educativos, sociales, pre-vocacionales, vocacionales, de rehabilitación y otros servicios de la comunidad que sean necesarios. Dichos servicios se enfocan en la coordinación del tratamiento de SUD, la integración del cliente a servicios médicos básicos, especialmente para miembros con un SUD crónico, y la coordinación con el sistema de justicia penal, si fuera necesario.
 - Los servicios de manejo de casos incluyen una evaluación integral y una reevaluación periódica de las necesidades individuales a fin de determinar si hay necesidad de que el miembro continúe recibiendo dichos servicios; transiciones a niveles de mayor o menor intensidad de atención de SUD; desarrollo y revisión periódicos de un Plan para el cliente que incluya modalidades de tratamiento; comunicación, coordinación y derivación a actividades relacionadas; servicios de monitoreo a fin de garantizar el acceso de los miembros al servicio y al sistema de prestación de servicios; monitoreo del progreso del cliente; y apoyo y enlaces a servicios de atención de salud mental y física, transporte y retención en servicios de atención primaria.
 - El manejo de casos debe ser compatible con la confidencialidad de todos los miembros y no debe infringirla conforme a lo estipulado en las leyes federales y de California.

 - Su Plan ofrece servicios de manejo de casos a través del personal autorizado, certificado o registrado en todos los niveles de tratamiento. El coordinador de su caso puede ayudar a proporcionarle apoyo, coordinación del tratamiento de salud física y mental, asistencia con el transporte, la vivienda, los servicios vocacionales, servicios educativos y de transición a fin de que usted retome el rumbo que desea.

 - La cantidad y los tipos de manejo de caso que los beneficiarios reciben dependen de las necesidades específicas de las personas y el manejo del caso se proporciona según el Plan de tratamiento individualizado de la persona. En algunos casos, los beneficiarios recibirán servicios de manejo de casos más intensos y dirigidos a fin de respaldar su adecuada participación en los servicios de tratamiento para SUD. Esto estará determinado por el beneficiario y el proveedor según las necesidades del beneficiario. Puede conversar sobre los servicios de manejo de casos en todo momento con su proveedor para asegurarse de que esté recibiendo el mayor beneficio de su Plan.

Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT)

Si es menor de 21 años, puede recibir servicios adicionales necesarios por razones médicas conforme a los servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT). Los servicios de EPSDT incluyen los servicios de detección, oftalmología, odontología, audición y todos los demás servicios obligatorios y opcionales necesarios por razones médicas que se enumeran en la ley federal 42 U.S.C. 1396d(a) para corregir o aliviar los defectos y las enfermedades mentales y físicas, así como las afecciones que se identifican en una detección de EPSDT ya sea que los servicios estén cubiertos o no para los adultos. El requisito de necesidad médica y rentabilidad son las únicas limitaciones o exclusiones que se aplican a los servicios de EPSDT.

Para obtener una descripción más completa de los servicios de EPSDT disponibles y obtener respuestas a cualquier pregunta, llame a los Servicios de Salud del Comportamiento y Prevención para Niños y Jóvenes del condado de Orange entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m. al (714) 834-5015.

CÓMO OBTENER LOS SERVICIOS DEL DMC-ODS

¿Cómo obtengo los servicios del DMC-ODS?

Si considera que necesita servicios de tratamiento para trastornos relacionados con el uso de sustancias (SUD), puede obtenerlos solicitándolos por su cuenta al Plan del condado. Puede llamar al número de teléfono gratuito de su condado enumerado en la primera sección de este manual. También puede ser referido a su Plan del condado para recibir servicios de tratamiento para SUD de otras formas. Se requiere que su Plan del condado acepte las referencias para los servicios de tratamiento para SUD de los médicos y otros proveedores de atención primaria que consideran que usted puede necesitar esos servicios, y de su plan de atención médica gestionada de Medi-Cal, si usted es miembro. Habitualmente, el proveedor o el plan de atención médica gestionada de Medi-Cal necesitarán su permiso o el permiso del padre o representante legal de un niño para realizar la referencia, excepto que haya una emergencia. Otras personas y organizaciones también pueden solicitar una referencia al condado, por ejemplo, las escuelas; los departamentos de bienestar del condado y de servicios sociales; los tutores, representantes legales o miembros de la familia; y los organismos de seguridad del Estado.

Los servicios cubiertos están disponibles a través de la red de proveedores del condado de Orange. Si algún proveedor contratado presenta una objeción a la ejecución o prestación de algún servicio cubierto de otra manera, el condado de Orange dispondrá que otro proveedor brinde el servicio. El condado de Orange responderá mediante referencia y coordinación de

forma puntual en caso de que un servicio cubierto no esté disponible de parte de un proveedor debido a objeciones religiosas, éticas o morales al servicio cubierto.

El condado de Orange ofrece la detección inicial para determinar un nivel de tratamiento adecuado para el beneficiario. Se refiere a los beneficiarios a un proveedor del nivel de atención identificado mediante la detección inicial y el proveedor llevará a cabo una evaluación completa de las necesidades del beneficiario según los criterios de la ASAM. Si se determina que el beneficiario es adecuado para el nivel de tratamiento ofrecido por dicho proveedor, el proveedor también completará todos los pasos de inscripción necesarios para comenzar a ofrecer servicios al beneficiario de inmediato. En el caso de los servicios de consulta externa, las citas se ofrecen dentro de los 10 días de la solicitud inicial. Los servicios del NTP se ofrecen dentro de los 3 días y las autorizaciones de atención residencial se proveen al siguiente día hábil posterior a la solicitud inicial.

Si en la evaluación completa efectuada por el primer proveedor se determina que el beneficiario es más apropiado para un nivel de tratamiento diferente del ofrecido por el proveedor, el proveedor trabajará con el beneficiario para conectarlo con el proveedor adecuado. El Plan ofrece una "referencia cordial" para facilitar este proceso. Una referencia cordial requiere la autorización por escrito del beneficiario para divulgar (authorization to disclose, ATD) su información de salud protegida al proveedor que lo recibe. Esto les permite a los proveedores de la red comunicarse entre sí y con el beneficiario para garantizar que las referencias y los enlaces a otros servicios se lleven a cabo satisfactoriamente.

El Plan también ofrece referencias cordiales y enlaces a otros niveles de atención de la ASAM a medida que los beneficiarios evolucionan en el tratamiento. Un beneficiario puede iniciar el tratamiento en un nivel de atención pero luego puede necesitar trasladarse a otro nivel, ya sea de mayor o menor intensidad. En ese caso, el coordinador del caso del beneficiario trabajará con el beneficiario para ayudarlo con la transición al nivel apropiado y le ofrecerá una referencia cordial. Si tiene preguntas sobre las transiciones en la atención y las referencias cordiales, consulte con su proveedor de servicios o llame a los servicios a los miembros.

¿Dónde puedo obtener los servicios del DMC-ODS?

El condado de Orange participa en el programa piloto del DMC-ODS. Como usted es residente del condado de Orange, puede obtener los servicios del DMC-ODS en el condado en donde vive a través del Plan del condado del DMC-ODS. Su Plan del condado cuenta con proveedores para el tratamiento de SUD disponibles para tratar afecciones cubiertas por el plan. Otros condados que ofrecen los servicios de tratamiento de SUD a través de Medi-Cal pero no participan en el programa piloto del DMC-ODS podrán proporcionarle servicios regulares de DMC si fuera necesario. Si es menor de 21 años, también es elegible para recibir los servicios de EPSDT en cualquier otro condado del estado.

Atención fuera del horario

La **Línea de acceso para los beneficiarios (800) 723-8641** está disponible las 24 horas para responder las llamadas fuera del horario de atención en relación con el acceso a los servicios y para hacer referencias, según corresponda. Si se presenta una emergencia que requiere atención médica, los miembros pueden dirigirse al sistema del 911.

Si ya está inscrito con un proveedor, este también ofrece asistencia fuera del horario de atención. Consulte el paquete de información de su inscripción para conocer la información de contacto fuera del horario de atención de su proveedor específico.

¿Cómo sé si necesito ayuda?

Muchas personas atraviesan momentos difíciles en la vida y pueden experimentar problemas de SUD.

Lo más importante que debe recordar cuando se pregunta si necesita ayuda profesional es confiar en usted. Si usted es elegible para recibir los servicios de Medi-Cal y considera que puede necesitar ayuda profesional, debe solicitar una evaluación de su Plan del condado para saberlo con certeza ya que actualmente reside en un condado que participa en el DMC-ODS.

¿Cómo sé si un niño o adolescente necesita ayuda?

Puede contactarse con el Plan del DMC-ODS de su condado participante para solicitar una evaluación de su niño o adolescente si considera que este demuestra alguno de los signos del SUD. Si su niño o adolescente cumple con las condiciones para recibir los servicios de Medi-Cal y la evaluación del condado indica que son necesarios los servicios de tratamiento contra las drogas y alcohol, el condado participante se encargará de que su niño o adolescente reciba los servicios.

Cómo Obtener Servicios Especializados de Salud Mental

Usted puede obtener servicios especializados de salud mental (SMHS) en el condado en el que usted reside. Si usted quiere recibir SMHS, puede llamar al número de acceso del beneficiario que es el (800) 723-8641 para que le ayuden a encontrar a un proveedor de servicios de salud mental. Usted puede obtener más información acerca del Plan de salud mental de su condado en el siguiente sitio web: [https://www.ohealthinfo.com/bhs/about/medi cal](https://www.ohealthinfo.com/bhs/about/medi%20cal).

Cada condado ofrece servicios especializados de salud mental para niños, jóvenes, adultos y adultos mayores. Si usted es menor de 21 años de edad, usted es elegible para servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT) los cuales pueden ofrecer una mayor cobertura y servicios adicionales.

Su plan de salud mental (MHP) determinará si usted necesita servicios especializados de salud mental. Si usted los necesita, entonces el MHP lo referirá hacia un proveedor de servicios de salud mental.

NECESIDAD MÉDICA

¿Qué es necesidad médica y por qué es tan importante?

Uno de los requisitos necesarios para recibir los servicios de tratamiento para SUD a través de su Plan del DMC-ODS del condado es algo que se denomina "necesidad médica". Esto significa que un médico u otro profesional autorizado conversará con usted para decidir si existe una necesidad médica de servicios y si usted podría verse beneficiado al recibir esos servicios.

El término necesidad médica es importante porque ayudará a decidir si usted es elegible para recibir los servicios del DMC-ODS y qué clase de servicios del DMC-ODS son adecuados. La decisión de una necesidad médica es una parte muy importante del proceso de obtención de servicios del DMC-ODS.

¿Cuáles son los criterios de "necesidad médica" para la cobertura de los servicios de tratamiento para trastornos relacionados con el uso de sustancias?

Como parte de la decisión sobre su necesidad de los servicios de tratamiento para SUD, el Plan del DMC-ODS del condado trabajará con usted y con su proveedor para decidir si los servicios son una necesidad médica, según lo explicado anteriormente. En esta sección se explica cómo tomará esa decisión su condado participante.

A fin de recibir los servicios a través del DMC-ODS, debe cumplir con los siguientes criterios:

- Debe estar inscrito en Medi-Cal.
- Debe residir en un condado que participe en el DMC-ODS.
- Debe tener al menos un diagnóstico del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) de trastorno relacionado con el uso de sustancias o adictivo; hay ciertas excepciones para los jóvenes menores de 21 años que pueden calificar para los servicios si han sido evaluados y se determina que están "en riesgo" de desarrollar un SUD.
- Debe cumplir con la definición de la Sociedad Americana de Medicina para las Adicciones (ASAM) sobre la necesidad médica de servicios conforme a los criterios de la ASAM (los criterios de la ASAM son normas nacionales para el tratamiento de trastornos adictivos o relacionados con el uso de sustancias).

No necesita saber si tiene un diagnóstico para solicitar ayuda. Su Plan del DMC-ODS del condado lo ayudará a obtener esta información y determinará la necesidad médica con una evaluación.

SELECCIÓN DE UN PROVEEDOR

¿Cómo encuentro un proveedor para los servicios de tratamiento de los trastornos relacionados con el uso de sustancias que necesito?

El Plan del condado puede poner ciertos límites en su elección de proveedores. Su Plan del DMC-ODS del condado debe darle la oportunidad de elegir entre al menos dos proveedores cuando comienza a recibir los servicios, excepto que el Plan del condado tenga un motivo adecuado por el cual no puede darle la opción; por ejemplo, solo hay un proveedor que puede prestar el servicio que usted necesita. Su Plan del condado también debe permitirle cambiar de proveedores. Cuando solicite cambiar de proveedores, el condado debe permitirle elegir entre al menos dos proveedores, excepto que haya un motivo adecuado para no hacerlo.

En ocasiones, los proveedores bajo contrato del condado se retiran de la red del condado por voluntad propia o por solicitud del Plan del condado. Si esto sucede, el Plan del condado debe hacer lo posible de buena fe por enviar una notificación escrita sobre la finalización de un proveedor contratado por el condado dentro de los 15 días a partir de la recepción o la emisión de la notificación sobre la finalización a cada persona que recibía los servicios de tratamiento para SUD del proveedor.

Una vez que encuentro un proveedor, ¿puede el Plan del condado puede informar al proveedor los servicios que recibo?

Usted, su proveedor y el Plan del condado están todos involucrados en la decisión de los servicios que usted necesita recibir a través del condado mediante el cumplimiento de los criterios de necesidad médica y la lista de servicios cubiertos. En ocasiones, el condado dejará la decisión a cargo suyo y del proveedor. En otras ocasiones, el Plan del condado puede requerir que su proveedor solicite al Plan del condado la revisión de las razones por las cuales el proveedor considera que usted necesita un servicio antes de prestarlo. El plan del condado debe usar un profesional capacitado para llevar a cabo la revisión. Este proceso de revisión se denomina proceso de autorización de pago del Plan.

El proceso de autorización del Plan del condado debe cumplir con ciertos plazos específicos. Para una autorización estándar, el Plan debe tomar una decisión sobre la solicitud de su proveedor dentro de los 14 días calendario. Si usted o su proveedor lo solicitan o si el Plan del condado considera que sería beneficioso para usted obtener más información de su proveedor,

el plazo puede extenderse hasta por otros 14 días calendario. Un ejemplo de una ocasión en la que la extensión podría ser beneficiosa para usted es cuando el condado considera que podría ser posible aprobar la solicitud de autorización de su proveedor si el Plan del condado tuviera información adicional de su proveedor y tendría que rechazar la solicitud sin la información. Si el Plan del condado extiende el plazo, el condado le enviará a usted una notificación escrita sobre la extensión.

Si el condado no toma una decisión dentro del plazo requerido para una solicitud de autorización estándar o acelerada, el Plan del condado debe enviarle una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios donde le indique que se rechazan los servicios y que usted puede presentar una apelación o solicitar una Audiencia Estatal Imparcial.

Usted puede solicitar al Plan del condado información adicional sobre su proceso de autorización. Consulte la primera sección de este manual para conocer 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 ante el condado o solicitar una Audiencia Estatal Imparcial.

¿Qué proveedores usa mi plan del DMC-ODS?

Si acaba de ingresar al Plan del condado, puede encontrar una lista completa de proveedores en su Plan del condado al final de este manual que incluye información sobre la ubicación de los proveedores, los servicios de tratamiento para SUD que ofrecen y demás información que lo ayudará a obtener atención, incluida la información sobre servicios culturales y de idiomas disponibles a través de los proveedores. Si tiene preguntas sobre los proveedores, llame al número de teléfono gratuito de su condado que se encuentra en la primera sección de este manual. También puede encontrar una lista de proveedores en línea en:

www.ochealthinfo.com/DMC-ODS

NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS

¿Qué es una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios?

Una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios, en ocasiones llamada NOA, es un formulario que su Plan del DMC-ODS del condado usa para informarle a usted cuando el Plan toma una decisión acerca de si usted recibirá o no los servicios de tratamiento para SUD de Medi-Cal. También se usa una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios para informarle a usted si su queja, apelación o apelación rápida se resolvió de forma puntual, o si no recibió los servicios dentro de los plazos establecidos del plan del condado para la provisión de servicios.

¿Cuándo recibiré una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios?

Recibirá una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios en las siguientes situaciones:

- Si su Plan del condado o uno de los proveedores del Plan del condado decide que usted no reúne las condiciones para recibir ningún servicio de tratamiento para SUD de Medi-Cal porque no cumple con los criterios de necesidad médica.
- Si su proveedor considera que usted necesita un servicio para SUD y pide autorización al Plan del condado, pero este último no está de acuerdo y rechaza la solicitud de su proveedor, o cambia el tipo o la frecuencia del servicio. Generalmente, usted recibirá una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios antes de recibir el servicio, pero en ocasiones la Notificación de Determinación Adversa de Beneficios llegará después de que haya recibido el servicio o mientras lo está recibiendo. Si recibe una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios después de haber recibido el servicio, no tiene que pagar por el servicio.
- Si su proveedor ha solicitado autorización al Plan del condado pero este último necesita más información para tomar una decisión y no completa el proceso de aprobación a tiempo.
- Si su Plan del condado no le presta servicios conforme a los plazos establecidos por el Plan del condado. Llame a su Plan del condado para saber si este ha establecido pautas para los plazos.
- Si usted presenta una queja ante el Plan del condado y este último no le responde con una decisión por escrito sobre su queja dentro de los 90 días. Si usted presenta una apelación ante el Plan del condado y este último no le responde con una decisión por escrito sobre su apelación dentro de los 30 días o, si usted presentó una apelación rápida y no recibió una respuesta dentro de los siguientes tres días hábiles.

¿Recibiré siempre una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios cuando no reciba los servicios que quiero?

Existen ciertos casos en los que es posible que no reciba una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios. De todos modos puede presentar una apelación ante el Plan del condado o, si ha completado el proceso de apelación, puede solicitar una audiencia estatal imparcial cuando esto sucede. En este manual se incluye la información sobre cómo presentar una apelación o solicitar una audiencia imparcial. La información también debe estar disponible en el consultorio de su proveedor.

¿Qué me informará la Notificación de Determinación Adversa de Beneficios?

La Notificación de Determinación Adversa de Beneficios le informará lo siguiente:

- Lo que ha hecho su Plan del condado que lo afecta a usted y su capacidad para obtener servicios.
- La fecha de entrada en vigencia de la decisión y el motivo por el cual el plan tomó esa decisión.
- Las normas estatales o federales con las que cumplió el condado para tomar la decisión.
- Cuáles son sus derechos si no está de acuerdo con las medidas tomadas por el Plan.
- Cómo presentar una apelación ante el Plan.
- Cómo solicitar una Audiencia Estatal Imparcial.
- Cómo solicitar una apelación rápida o una audiencia imparcial rápida.
- Cómo obtener ayuda para presentar una apelación o solicitar una Audiencia Estatal Imparcial.
- Cuál es el plazo para presentar una apelación o solicitar una Audiencia Estatal Imparcial.
- Si es elegible para continuar recibiendo los servicios mientras espera la decisión de una Apelación o Audiencia Estatal Imparcial.
- Cuándo tiene que presentar su solicitud de Apelación o Audiencia Estatal Imparcial si quiere que continúen los servicios.

¿Qué debo hacer cuando recibo una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios?

Cuando reciba una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios, debe leer toda la información del formulario cuidadosamente. Si no entiende el formulario, su Plan del condado puede ayudarlo. También puede pedir que lo ayude otra persona.

Puede solicitar la continuación del servicio que se había interrumpido al presentar una apelación o una solicitud de Audiencia Estatal Imparcial. Debe solicitar la continuación de los servicios en un plazo que no supere los 10 días después de recibir una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios o antes de la entrada en vigencia del cambio.

PROCESOS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

¿Qué ocurre si no recibo los servicios que quiero de mi Plan del DMC-ODS del condado?

Su Plan del condado le ofrece una manera de solucionar problemas sobre una cuestión relacionada con los servicios de tratamiento para SUD que usted está recibiendo. Esto se denomina proceso de resolución de problemas y podría incluir los siguientes procesos.

1. El proceso de queja: una expresión de descontento sobre algo relacionado con sus servicios de tratamiento para SUD.
2. El proceso de apelación: revisión de una decisión (negación o cambios en los servicios) tomada en relación con sus servicios de tratamiento para SUD por parte del Plan del condado o su proveedor.
3. El proceso de Audiencia Estatal Imparcial: revisión para garantizar que usted reciba los servicios de tratamiento para SUD a los que tiene derecho conforme al programa de Medi-Cal.

La presentación de una queja, apelación o Audiencia Estatal Imparcial no será tomada en su contra ni afectará los servicios que usted está recibiendo. Cuando finalice su queja o apelación, su Plan del condado le notificará a usted y a los demás involucrados sobre el resultado final. Cuando finalice su Audiencia Estatal Imparcial, la Oficina de Audiencias Estatales le notificará a usted y a los demás involucrados sobre el resultado final.

Obtenga más información sobre cada proceso de resolución de problemas a continuación.

¿Puedo recibir ayuda para presentar una apelación, una queja o una Audiencia Estatal Imparcial?

Su Plan del condado contará con personal disponible para explicarle estos procesos y ayudarlo a notificar un problema en forma de queja, apelación o una solicitud de Audiencia Estatal Imparcial. También pueden ayudarlo a decidir si reúne las condiciones para lo que se denomina un proceso "rápido", que significa que la revisión será más acelerada debido a que su salud o estabilidad están en riesgo. También puede autorizar a otra persona a actuar en su representación, incluido su proveedor del tratamiento de SUD.

Si quisiera recibir ayuda, llame a la **línea gratuita al:** (866) 308-3074. También puede encontrar información sobre el proceso de quejas y apelaciones y descargar los formularios en www.ohealthinfo.com/DMC-ODS

¿Qué ocurre si necesito solucionar un problema con mi Plan del DMC-ODS del condado pero no quiero presentar una reclamación o apelación?

Puede recibir ayuda del estado si tiene problemas para encontrar el personal adecuado en el condado para buscar una solución en el sistema.

Puede obtener asistencia legal gratuita en su oficina local de servicios legales o en otros grupos. Puede consultar acerca de sus derechos de audiencia o asistencia legal gratuita en la Unidad de Consulta Pública y Respuesta (Public Inquiry and Response Unit):

Llame a la línea gratuita al: 1-800-952-5253

Si usted es sordo y usa TDD, llame al: 1-800-952-8349

EL PROCESO DE QUEJA

¿Qué es una queja?

Una queja es una expresión de descontento sobre algo relacionado con sus servicios de tratamiento para SUD que no representa uno de los problemas cubiertos por los procesos de apelación y Audiencia Estatal Imparcial.

El proceso de queja:

- Incluirá procedimientos simples y fáciles de comprender que le permiten presentar su queja de forma oral o por escrito.
- No será tomada en su contra ni en contra de su proveedor de ninguna forma.
- Le permite autorizar a otra persona a actuar en su representación, incluido un proveedor. Si usted autoriza a otra persona a actuar en su representación, el Plan del condado puede pedirle que firme un formulario que autorice al plan a divulgar información a dicha persona.
- Garantiza que las personas que toman las decisiones están calificadas para hacerlo y no están involucradas en ningún nivel anterior de revisión o toma de decisiones.
- Identifica sus roles y responsabilidades, los de su Plan del condado y de su proveedor.
- Proporciona la resolución de la reclamación en los plazos requeridos.

¿Cuándo puedo presentar una queja?

Puede presentar una queja ante el Plan del condado si no está satisfecho con los servicios de tratamiento para SUD que está recibiendo del Plan del condado o tiene otra inquietud acerca del Plan del condado.

¿Cómo puedo presentar una queja?

Puede llamar al número de teléfono gratuito del Plan del condado para obtener ayuda con una queja. El condado proporcionará sobres con nombre y dirección del remitente a todos los centros de los proveedores para que usted envíe por correo su queja. Las quejas pueden presentarse de forma oral o por escrito. No es necesario realizar un seguimiento por escrito a las quejas orales.

¿Cómo sé si mi Plan del condado recibió mi queja?

Su Plan del condado le informará si recibió su queja mediante el envío de una confirmación por escrito.

¿Cuándo se decidirá mi queja?

El Plan del condado debe tomar una decisión sobre su queja dentro de los 90 días calendario a partir de la fecha en que usted presentó su queja. Los plazos pueden extenderse hasta por 14 días calendario si usted solicitó una extensión o si el Plan del condado considera que existe la necesidad de obtener información adicional y que el retraso lo beneficiaría a usted. Un ejemplo de una ocasión en la que un retraso podría beneficiarlo a usted es cuando el condado considera que podría ser posible resolver su reclamación si el Plan del condado tuviera un poco más de tiempo para obtener información proporcionada por usted u otras personas involucradas.

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

Cuando se haya tomado una decisión sobre su queja, el Plan del condado le enviará una notificación acerca de la decisión por escrito a usted o a su representante. Si su Plan del condado no le notifica a usted o a cualquiera de las partes afectadas acerca de la decisión de la queja en forma puntual, el Plan del condado le proporcionará una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios en la que le informará sobre su derecho a solicitar una Audiencia Estatal Imparcial. Su Plan del condado le proporcionará una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios en la fecha de expiración del plazo.

¿Existe una fecha límite para presentar una queja?

Puede presentar una queja en cualquier momento.

EL PROCESO DE APELACIÓN (estándar y rápida)

Su Plan del condado es responsable de permitirle a usted solicitar la revisión de una decisión tomada en relación con sus servicios de tratamiento para SUD por parte del Plan o sus proveedores. Existen dos maneras mediante las cuales puede solicitar una revisión. Una forma es usar el proceso de apelaciones estándar. La segunda forma es usar el proceso de apelaciones rápidas. Estas dos formas de apelaciones son similares; sin embargo, existen requisitos específicos para reunir las condiciones para solicitar una apelación rápida. Los requisitos específicos se explican a continuación:

¿Qué es una apelación estándar?

Una apelación estándar es una solicitud de revisión de un problema que usted tiene con el Plan o su proveedor que involucra un rechazo o un cambio en los servicios que usted considera que necesita. Si solicita una apelación estándar, el Plan del condado puede tardar hasta 30 días para

revisarla. Si usted considera que la espera de 30 días pondrá en riesgo su salud, debe solicitar una "apelación rápida".

El proceso de apelaciones estándar le permitirá lo siguiente:

- Presentar una apelación en persona, por teléfono o por escrito. Si presenta su apelación en persona o por teléfono, debe realizar un seguimiento de la misma con una apelación por escrito firmada. Puede recibir ayuda para redactar la apelación. Si no realiza el seguimiento con una apelación por escrito firmada, su apelación no se resolverá. Sin embargo, la fecha en que presentó la apelación oral es la fecha de presentación.
- Garantizar que la presentación de la apelación no será tomada en su contra ni en contra de su proveedor de ninguna forma. Le permite autorizar a otra persona a actuar en su representación, incluido un proveedor. Si usted autoriza a otra persona a actuar en su representación, el Plan podría pedirle que firme un formulario que autorice al Plan a divulgar información a dicha persona.
- Permitir que sus beneficios continúen tras la solicitud de una apelación dentro del plazo requerido, que es de 10 días a partir de la fecha en que se envió por correo su Notificación de Determinación Adversa de Beneficios o se la entregaron a usted personalmente. No tiene que pagar por la continuación de los servicios mientras la apelación está en trámite. Si usted solicita la continuación del beneficio y la decisión final de la apelación confirma la decisión de reducir o interrumpir el servicio que usted está recibiendo, puede ser necesario que pague el costo de los servicios prestados mientras la apelación estaba en trámite.
- Garantizar que las personas que toman las decisiones están calificadas para hacerlo y no están involucradas en ningún nivel anterior de revisión o toma de decisiones.
- Que usted o su representante examinen el archivo de su caso, que incluye su historia clínica y cualquier otro documento o registro que se considere durante el proceso de apelación, antes y durante el proceso de apelación.
- Tener una oportunidad razonable de presentar evidencia y alegatos de hecho o de ley, en persona o por escrito.
- Que usted, su representante o el representante legal del estado de un miembro fallecido sean incluidos como partes de la apelación.
- Que se le informe que su apelación está bajo revisión mediante el envío de una confirmación por escrito.
- Que se le informe sobre su derecho a solicitar una Audiencia Estatal Imparcial mediante el cumplimiento del proceso de apelación.

¿Cuándo puedo presentar una apelación?

Puede presentar una apelación ante su Plan del DMC-ODS del condado en las siguientes situaciones:

- Si su condado o uno de los proveedores contratados por el condado decide que usted no reúne las condiciones para recibir ningún servicio de tratamiento para SUD de Medi-Cal porque no cumple con los criterios de necesidad médica.
- Si su proveedor considera que usted necesita un servicio de tratamiento para SUD y pide autorización al condado, pero este último no está de acuerdo y rechaza la solicitud de su proveedor, o cambia el tipo o la frecuencia del servicio.
- Si su proveedor ha solicitado autorización al Plan del condado pero el condado necesita más información para tomar una decisión y no completa el proceso de aprobación a tiempo.
- Si su plan del condado no le presta los servicios conforme a los plazos establecidos por el Plan del condado.
- Si usted considera que el Plan del condado no le está prestando los servicios lo suficiente rápido para cumplir con sus necesidades.
- Si su queja, apelación o apelación rápida no se resolvieron en forma puntual.
- Si usted y su proveedor no están de acuerdo con los servicios para SUD que usted necesita.

¿Cómo puedo presentar una apelación?

Consulte la primera parte de este manual para obtener información sobre cómo presentar una apelación ante su Plan del condado. Puede llamar al número de teléfono gratuito de su Plan del condado para obtener ayuda sobre cómo presentar una apelación. El Plan proporcionará sobres con nombre y dirección del remitente a todos los centros del proveedor para que usted envíe por correo su apelación.

¿Cómo sabré si se ha decidido mi apelación?

Su Plan del DMC-ODS del condado le notificará a usted o a su representante por escrito acerca de la decisión sobre su apelación. La notificación incluirá la siguiente información:

- Los resultados del proceso de resolución de la apelación.
- La fecha en que se tomó la decisión sobre la apelación.
- Si la apelación no se resuelve completamente a su favor, la notificación también incluirá información sobre su derecho a solicitar una Audiencia Estatal Imparcial y el procedimiento para presentarla.

¿Existe una fecha límite para presentar una apelación?

Debe presentar una apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha de la acción a la que está apelando cuando reciba una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios. Tenga en cuenta que no siempre recibirá una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios. No hay una fecha límite para presentar una apelación cuando no recibe una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios; por lo tanto, puede presentar este tipo de apelación en cualquier momento.

¿Cuándo se tomará una decisión acerca de mi apelación?

El Plan del condado debe decidir sobre su apelación dentro de los 30 días calendario a partir del momento en que el Plan del condado recibe su solicitud de apelación. Los plazos pueden extenderse hasta por 14 días calendario si usted solicitó una extensión o si el Plan del condado considera que existe la necesidad de obtener información adicional y que el retraso lo beneficiaría a usted. Un ejemplo de una ocasión en la que un retraso lo beneficiaría a usted es cuando el condado considera que podría ser posible aprobar su apelación si el Plan del condado tuviera un poco más de tiempo para obtener información proporcionada por usted o su proveedor.

¿Qué ocurre si no puedo esperar 30 días para obtener la decisión de mi apelación?

El proceso de la apelación puede ser más rápido si reúne las condiciones para el proceso de apelaciones rápidas.

¿Qué es una apelación rápida?

Una apelación rápida es una forma más pronta de decidir sobre una apelación. El proceso de apelaciones rápidas sigue un proceso similar al proceso de apelaciones estándar.

Sin embargo,

- su apelación debe cumplir con ciertos requisitos.
- El proceso de apelaciones rápidas también tiene diferentes plazos que las apelaciones estándar.
- Usted puede presentar una solicitud verbal para una apelación rápida. No tiene que presentar la solicitud de apelación rápida por escrito.

¿Cuándo puedo presentar una apelación rápida?

Si usted considera que esperar hasta 30 días para obtener la decisión de una apelación estándar pondrá en peligro su vida, su salud o su capacidad para obtener, mantener o recuperar al máximo sus capacidades, puede solicitar la resolución rápida de una apelación. Si el Plan del condado acepta que su apelación reúne los requisitos para una apelación rápida, su condado decidirá su apelación rápida dentro de las 72 horas a partir de la recepción de la apelación por el Plan del condado. Los plazos pueden extenderse hasta por 14 días calendario si usted solicitó una extensión o si el Plan del condado demuestra que existe la necesidad de obtener información adicional y que el retraso lo beneficiaría a usted. Si su Plan del condado extiende los plazos, el Plan le enviará una explicación por escrito detallando por qué se extendieron los plazos.

Si el Plan del condado decide que su apelación no reúne los requisitos para una apelación rápida, deberá hacer todo lo posible por enviarle a usted una notificación oral inmediata y luego una notificación por escrito dentro de los 2 días calendario con los motivos de la decisión. Su apelación luego seguirá los plazos de la apelación estándar anteriormente detallados en esta sección. Si usted no está de acuerdo con la decisión del condado de que su apelación no cumple con los criterios de la apelación acelerada, puede presentar una queja.

Una vez que su Plan del condado decide su apelación rápida, el Plan se lo notificará a usted y a todas las partes afectadas de forma oral y por escrito.

EL PROCESO DE AUDIENCIA ESTATAL IMPARCIAL

¿Qué es una Audiencia Estatal Imparcial?

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

¿Cuáles son mis derechos a una Audiencia Estatal Imparcial?

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Tener una audiencia ante el Departamento de Servicios Sociales de California (también llamada Audiencia Estatal Imparcial).
- Recibir información sobre cómo solicitar una Audiencia Estatal Imparcial.
- Recibir información sobre las reglas que rigen la representación en la Audiencia Estatal Imparcial.
- Recibir la continuación de sus beneficios cuando lo solicite durante el proceso de la Audiencia Estatal Imparcial si pide una Audiencia Estatal Imparcial dentro de los plazos requeridos.

¿Cuándo puedo presentar la solicitud de una Audiencia Estatal Imparcial?

Puede presentar la solicitud de una Audiencia Estatal Imparcial en los siguientes casos:

- Si completó el proceso de apelación del Plan del condado.
- Si su condado o uno de los proveedores contratados por el condado decide que usted no reúne las condiciones para recibir ningún servicio de tratamiento para SUD de Medi-Cal porque no cumple con los criterios de necesidad médica.

- Si su proveedor considera que usted necesita un servicio de tratamiento para SUD y pide autorización al Plan del condado, pero este último no está de acuerdo y rechaza la solicitud de su proveedor, o cambia el tipo o la frecuencia del servicio.
- Si su proveedor ha solicitado autorización al Plan del condado pero el condado necesita más información para tomar una decisión y no completa el proceso de aprobación a tiempo.
- Si su Plan del condado no le presta los servicios conforme a los plazos establecidos por el condado.
- Si usted considera que el Plan del condado no le está prestando los servicios lo suficiente rápido para cumplir con sus necesidades.
- Si su queja, apelación o apelación rápida no se resolvieron en forma puntual.
- Si usted y su proveedor no están de acuerdo con los servicios de tratamiento para SUD que usted necesita.

¿Cómo solicito una Audiencia Estatal Imparcial?

Puede solicitar una Audiencia Estatal Imparcial directamente al Departamento de Servicios Sociales de California. Puede solicitar una Audiencia Estatal Imparcial por escrito 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 mediante TDD al 1-800-952-8349.

¿Existe una fecha límite para presentar la solicitud de una Audiencia Estatal Imparcial?

Solo tiene 120 días para solicitar una Audiencia Estatal Imparcial. Los 120 días comienzan el día después de que el Plan del condado le entrega en persona la notificación sobre la decisión de la apelación o el día después de la fecha del matasellos del correo en la notificación sobre la decisión de la apelación del condado.

Si usted no recibió una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios, puede presentar la solicitud de una Audiencia Estatal Imparcial en cualquier momento.

¿Puedo continuar recibiendo los servicios mientras estoy esperando la decisión de una Audiencia Estatal Imparcial?

Puede continuar recibiendo los servicios de tratamiento mientras espera la decisión de una Audiencia Estatal Imparcial si su proveedor considera que el servicio de tratamiento para SUD que usted ya está recibiendo debe continuar y pide autorización al Plan del condado para que continúe, pero este último no está de acuerdo y rechaza la solicitud de su proveedor, o cambia

el tipo o la frecuencia del servicio que solicitó el proveedor. Siempre recibirá una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios del Plan del condado cuando ocurra lo detallado anteriormente. Además, usted no tendrá que pagar por los servicios recibidos mientras la Audiencia Estatal Imparcial está en trámite.

Si usted solicita la continuación del beneficio y la decisión final de la Audiencia Estatal Imparcial confirma la decisión de reducir o interrumpir el servicio que usted está recibiendo, puede ser necesario que pague el costo de los servicios prestados mientras la Audiencia Estatal Imparcial estaba en trámite.

¿Qué debo hacer si quiero continuar recibiendo los servicios mientras estoy esperando la decisión de una Audiencia Estatal Imparcial?

Si quiere continuar recibiendo los servicios durante el proceso de la Audiencia Estatal Imparcial, debe solicitar una Audiencia Estatal Imparcial dentro de los 120 días a partir de la fecha de la notificación de la resolución por parte del condado.

¿Qué ocurre si no puedo esperar 90 días para obtener la decisión de mi Audiencia Estatal Imparcial?

Puede solicitar una Audiencia Estatal Imparcial rápida si considera que el plazo normal de 90 días le ocasionará graves problemas con su salud, incluidos los problemas con su capacidad para obtener, mantener o recuperar funciones importantes de la vida. La División de Audiencias Estatales del Departamento de Servicios Sociales revisará su solicitud de Audiencia Estatal Imparcial rápida y decidirá si usted reúne las condiciones. Si se aprueba su solicitud de audiencia rápida, tendrá lugar una audiencia y se emitirá una decisión sobre la audiencia dentro de los 3 días hábiles desde la fecha en que la División de Audiencias Estatales recibió su solicitud.

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

¿Quién puede recibir Medi-Cal?

Puede reunir los requisitos para recibir Medi-Cal si está dentro de uno de los siguientes grupos:

- Tiene 65 años o es mayor
- Es menor de 21 años
- Es adulto, entre 21 y 65 años conforme a la elegibilidad según ingresos
- Es ciego o discapacitado



- Está embarazada
- Forma parte de un grupo determinado de refugiados o inmigrantes cubanos/haitianos
- Recibe atención en una residencia de ancianos

Debe vivir en California para reunir los requisitos para recibir Medi-Cal. Llame o visite la oficina local de servicios sociales de su condado para pedir una solicitud de Medi-Cal u obtenga una por Internet en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/MediCalApplications.aspx>

¿Tengo que pagar para recibir Medi-Cal?

Es posible que tenga que pagar para recibir Medi-Cal según la cantidad de dinero que gane o reciba todos los meses.

- Si sus ingresos son menores que los límites de Medi-Cal para el número de integrantes de su familia, no tendrá que pagar por los servicios de Medi-Cal.
- Si sus ingresos son mayores que los límites de Medi-Cal para el número de integrantes de su familia, tendrá que pagar cierta cantidad de dinero por los servicios médicos o de tratamiento para SUD. La cantidad que usted paga se denomina su "parte del costo". Una vez que haya pagado su "parte del costo", Medi-Cal pagará el resto de sus facturas médicas cubiertas para ese mes. En los meses en que no tiene gastos médicos, no tiene que pagar nada.
- Es posible que tenga que pagar un "copago" por cualquier tratamiento a través de Medi-Cal. Esto significa que usted paga un monto de su bolsillo cada vez que obtiene un servicio médico, de tratamiento para SUD o un medicamento de venta con receta (medicina) y un copago si acude al servicio de urgencias de un hospital para obtener servicios regulares.

Su proveedor le informará si debe realizar un copago.

¿Medi-Cal cubre el transporte?

Si tiene problemas para acudir a sus citas médicas o a sus citas de tratamiento contra las drogas y el alcohol, el programa Medi-Cal puede ayudarlo a conseguir transporte.

- En el caso de los niños, el programa de Salud y Prevención de Discapacidades de Menores (Child Health and Disability Prevention, CHDP) del condado puede brindarle ayuda. Es posible que también quiera contactarse con la oficina de Servicios Sociales de su condado. Puede obtener acceso las 24 horas a la Línea de información de asistencia pública de la Agencia de Servicios Sociales (SSA) del condado llamando al (714) 541-4895 o (949) 389-8456. Puede contactarse con la unidad de servicios y programa Medi-Cal del condado llamando al (800) 825-3111 o visitando

<http://ssa.ocgov.com/health/medical>. Además, puede obtener información en línea: visite www.dhcs.ca.gov, luego haga clic en "Services (Servicios)" y luego en "Medi-Cal".

- En el caso de los adultos, la oficina de Servicios Sociales de su condado puede ser de ayuda. Puede obtener acceso las 24 horas a la línea de información de asistencia pública de la Agencia de Servicios Sociales (SSA) del condado llamando al 714-541-4895 o 949-389-8456. Puede contactarse con la unidad de servicios y programa Medi-Cal del condado llamando al (800) 825-3111 o visitando <http://ssa.ocgov.com/health/medical>. O bien, puede obtener información en línea: visite www.dhcs.ca.gov, luego haga clic en "Services (Servicios)" y luego en "Medi-Cal".
- Los servicios de transporte están disponibles para todas las necesidades de servicios, inclusive aquellos que no están incluidos en el programa del DMC-ODS.

El proveedor de su programa también puede ayudarlo a obtener información sobre cómo programar el transporte a sus citas o puede llamar al Servicio de atención al cliente de CalOptima al (714) 246-8500 o (888) 587-8088 o mediante TTY al (800) 735-2929 para solicitar un viaje. Debe llamar personalmente y necesitará su información de miembro cuando llame.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

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

Como persona elegible para recibir los servicios de Medi-Cal y residente de un condado con programa piloto del DMC-ODS, usted tiene derecho a recibir servicios de tratamiento para SUD necesarios por razones médicas del Plan del condado. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Ser tratado con respeto, prestando debida consideración a su derecho a la privacidad y la necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica.
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentadas de una forma apropiada según el estado y la capacidad de comprensión del miembro.
- Participar en decisiones relacionadas con su atención de SUD, incluido el derecho de rechazar el tratamiento.
- Recibir acceso puntual a la atención, incluidos los servicios disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, cuando sean necesarios por razones médicas para tratar una situación de emergencia o una situación urgente o de crisis.
- Recibir la información en este manual acerca de los servicios de tratamiento para SUD a través del Plan del DMC-ODS del condado, otras obligaciones del Plan del condado y sus derechos según se describe aquí.
- Recibir la protección de la información confidencial sobre su salud.
- Solicitar y recibir una copia de su historia clínica, y solicitar que se la modifique y corrija según lo especificado en el título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR) §164.524 y 164.526.

- Recibir material escrito en formatos alternativos (que incluye Braille, impresión en letra grande y formato de audio) cuando se lo solicita y en forma puntual y adecuada para el formato solicitado.
- Recibir servicios de interpretación oral en el idioma de su preferencia.
- Recibir servicios de tratamiento para SUD de un Plan del condado que cumpla con los requisitos de su contrato con el estado en las áreas de disponibilidad de los servicios, aseguramiento de capacidad y servicios adecuados, coordinación y continuidad de atención, y cobertura y autorización de servicios.
- Obtener acceso a los servicios de consentimiento de menores, si usted es menor. Obtener acceso a los servicios necesarios por razones médicas fuera de la red de forma puntual si el Plan no cuenta con un empleado o proveedor bajo contrato que pueda prestar los servicios. "Proveedor fuera de la red" significa un proveedor que no se encuentra en la lista de proveedores del Plan del condado. El condado debe asegurarse de que usted no efectúe ningún pago adicional por consultar a un proveedor fuera de la red. Puede ponerse en contacto con los servicios para los miembros al (855) 625-4657 o a la Línea de acceso para los beneficiarios al (800) 723-8641 para obtener información sobre cómo recibir los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Pedir una segunda opinión de un profesional de la salud calificado dentro de la red del condado, o uno fuera de la red, sin costo adicional para usted.
- Presentar quejas, ya sea de forma verbal o por escrito, acerca de la organización o la atención recibida.
- Solicitar una apelación, ya sea de forma verbal o por escrito, después de haber recibido una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios.
- Solicitar una Audiencia Estatal Imparcial de Medi-Cal, que incluye información sobre las circunstancias bajo las cuales sería posible una audiencia imparcial rápida.
- No sufrir ninguna forma de restricción o reclusión usada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Tener la libertad de ejercer estos derechos sin afectar de forma adversa la forma en que lo tratan en el Plan del condado, los proveedores o el estado.

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

Como beneficiario de los servicios del DMC-ODS, sus responsabilidades son las siguientes:

- Leer cuidadosamente el material de información para los miembros que recibió del Plan del condado. Este material lo ayudará a comprender qué servicios están disponibles y cómo recibir tratamiento si lo necesita.
- Recibir el tratamiento según lo planificado. Obtendrá los mejores resultados si cumple con el plan del tratamiento. Si no puede acudir a una cita, llame a su proveedor con una anticipación de al menos 24 horas y vuelva a coordinar otro día y horario.

- Llevar siempre su tarjeta de identificación de Medi-Cal (Plan del condado) y una identificación con fotografía cuando reciba tratamiento.
- Informar a su proveedor si necesita un intérprete antes de su cita.
- Informar a su proveedor acerca de todas sus inquietudes médicas a fin de que su plan sea preciso. Cuanto más completa sea la información que comparta acerca de sus necesidades, más exitoso será su tratamiento.
- Asegurarse de formular a su proveedor todas las preguntas que tenga. Es muy importante que comprenda completamente su plan de tratamiento y cualquier otra información que reciba durante el tratamiento.
- Cumplir con el plan de tratamiento que acordaron usted y su proveedor.
- Estar dispuesto a establecer una relación de trabajo sólida con el proveedor que le está brindando tratamiento.
- Contactarse con el Plan del condado si tiene alguna pregunta acerca de sus servicios o si tiene algún problema con su proveedor que usted no puede resolver.
- Informar a su proveedor y al Plan del condado si hay algún cambio en su información personal. Esto incluye dirección, número de teléfono y cualquier otra información médica que pueda afectar su capacidad para participar en el tratamiento.
- Tratar al personal que le brinda tratamiento con respeto y amabilidad.
- Si tiene sospechas de fraude o irregularidades, infórmelo.
Puede comunicarse con la Línea directa contra el fraude del condado de Orange las 24 horas, los 7 días de la semana al (866) 260-5636 o (714)-568-5614 durante el horario laboral. Las llamadas a estos números pueden hacerse de forma anónima.

Para acceder a este manual y al directorio de proveedores en línea, visite www.ohealthinfo.com/DMC-ODS

DIRECTORIO DE PROVEEDORES

Puede acceder al directorio de proveedores en línea en www.ohealthinfo.com/DMC-ODS

Para hablar con alguien y obtener una lista de los proveedores en español y todos los idiomas minoritarios, llame a la Línea de acceso para los beneficiarios al (800) 723-8641 a fin de encontrar los proveedores por ciudad. La lista incluye el nombre, la dirección, el número de teléfono y el sitio web del programa, así como los niveles de atención ofrecidos, los idiomas que se hablan y si el personal del programa llevó a cabo una capacitación en competencia cultural, si el centro cumple con los requisitos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)/es accesible para las personas con discapacidades (PWD), si el proveedor acepta nuevos pacientes y si se requieren las autorizaciones previas para los servicios.

También puede obtener una lista impresa de proveedores de servicios en cualquier programa del sistema o por correo al pedirla del número de servicio a los miembros.

TRANSICIÓN DE SOLICITUD DE CUIDADOS

¿Dónde puedo solicitar mantener mi proveedor anterior y fuera de la red?

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

¿Cómo puedo solicitar mantener mi proveedor fuera de la red?

- Usted, sus representantes autorizados o su proveedor actual pueden presentar una solicitud por escrito al plan del condado. También puede contactar a servicios para los miembros al (855) 625-4657 para obtener información sobre cómo solicitar servicios de un proveedor fuera de la red.
- El plan del condado le enviará un acuse de recibo escrito de su solicitud y comenzará a procesar su solicitud dentro de tres (3) días laborales.

¿Qué pasa si hubiese continuado viendo a mi proveedor fuera de la red luego de pasar al plan del condado?

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

¿Por qué el plan del condado negaría mi solicitud de transición de cuidados?

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

¿Qué ocurre si se niega mi solicitud de transición de cuidados?

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

¿Qué ocurre si se aprueba mi solicitud de transición de cuidados?

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

¿Qué tan rápido se procesará mi solicitud de transición de cuidados?

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

¿Qué ocurre al final de mi periodo de transición de cuidados?

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





**Drug Medi-Cal, Organized Delivery System (DMC-ODS)
Beneficiary Handbook**

**Orange County
405 W. 5th Street
Santa Ana, CA**