



**Condado de Placer
Sistema Organizada de Entrega de Servicios de Rehabilitación
de la Adicción Medi-Cal
Guía para la Membresía**

Octubre 2018

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-916-787-8860 / 1-888-886-5401. (TTY: 711 / 1-800-855-7100).

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 1-530-886-2925. (TTY: 711 / 1-800-855-7100).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-916-787-8860 / 1-888-886-5401. (TTY: 711 / 1-800-855-7100).

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-916-787-8860 / 1-888-886-5401. (TTY: 711 / 1-800-855-7100).

Tagalog (Tagalog-Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-916-787-8860 / 1-888-886-5401. (TTY: 711 / 1-800-855-7100).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-916-787-8860 / 1-888-8865401. (TTY: 711 / 1-800-855-7100). 번으로 전화해 주십시오.

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-916-787-8860 / 1-888-886-5401. (TTY: 711 / 1-800-855-7100).

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-916787-8860 / 1-888-886-5401. (TTY (հեռատիպ)՝ 711 / 1-800855-7100):

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-916-

7878860 / 1-888-886-5401. (телетайп: 711 / 1-800-855-7100).

یسرف (Farsi)

توجه سی : اگر به زبان فار گفتگومی کنید، تسهیلات زبان بصورت رایگان
8860-787-916 تماس با - باشد. 1 می فراهم می (TTY: 711 / 1-
800-855-7100) بگ ی ید

日本語 (Japanese) 注意事項 : 日本語を話される場合、無
料の言語支援をご利用いただけます。1-916-787-8860 / 1-
888-886-5401. (TTY: 711 / 1-800-855-7100) まで、お電話に
てご連絡ください。

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus,
muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-916-787-8860 / 1-888-
886-5401 (TTY: 711 / 1-800-855-7100).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਧਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬ ਬੋਲਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਧਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-916-787-8860 / 1-888-886-5401 (TTY: 711 / 1-800-855-7100) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

ملحوظة فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك، بالمجان. 1 بالمجان.
اتصل برقم - (رقم هاتف 916-787-8860 / 886-888-1-5401
الصم والبك.(771/800-885-7100).

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदद आप हिंदी बोलते हैं तो आपके दलए मुफ्त में
भाषा सहायता सेवाएि उपलब्ध हैं। 1-916-787-8860 / 1-888-886-
5401 (TTY: 711 / 1-800-855-7100) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรยีน:

ถาคณพูดภาษาไทยคณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาไ
ดฟรี โทร 1-916-787-8860 / 1-888-886-5401 (TTY: 711 / 1-800-
8557100).

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន៖ រស ើ ិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ , រ
វាជំនួយមននកភាសា សោយមិនគិតុំ ិលន គឺអាចមាន
ំោ ិ ិំរ អុំរូ ិើ នក។ ចូ ូ ័ ្ន 1-916-787-8860 / 1888-
886-5401 (TTY: 711 / 1-800-855-7100)។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂບດឧប: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວ ື້ າພາສາ ລາວ,
ການບໍ ລິ ການຊ່ວຍເຫ ຼື ອດ້ານພາສາ,
ໂດຍບໍ່ ເສັ ງຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-916-787-8860 / 1-
888886-5401 (TTY: 711 / 1-800-855-7100).

INFORMACIÓN GENERAL	13
Servicios de Emergencia	13
¿Con Quién Me Comunico Si Tengo Pensamientos de Suicidarme?	14
¿Por qué Es Importante Leer Esta Guía?	14
Como Miembro Del Plan Municipal DMC-ODS, Su Plan Municipal tiene La Responsabilidad Por.....	15
Información Para Miembros Quienes Necesitan Materiales en Otro Idioma	17
Información para Miembros Quienes Tienen Dificultades con Leer.....	18
Información para Miembros Quienes Tienen Problemas con la Audición.....	18
Información para Miembros Quienes Tienen Problemas con la Vista.....	18
La Notificación Sobre las Prácticas de Privacidad	18
¿Con Quién Me Comunico si Opino que Están Discriminando en Contra de Mí?	19
SERVICIOS	20
¿Cuáles Son los Servicios DMC-OD?	21
Servicios para Pacientes Externos	21
Servicios Intensivos para Pacientes Externos	22
La Hospitalización Parcial	23

El Tratamiento Residencial	24
Control de la Abstinencia.....	25
Tratamiento de la Dependencia de Opiáceos.....	26
Tratamientos Asistidos por Medicamentos.....	27
Servicios de Rehabilitación	28
Gestión de Casos	29
Detección Temprana, Diagnosis y Tratamiento (EPSDT)	30
CÓMO OBTENER SERVICIOS DMC-ODS	31
¿Cómo Obtengo Servicios DMC-ODS?	31
¿En Dónde Puedo Obtener Servicios DMC-ODS?	32
Cuidado Después de las Horas Hábiles	33
¿Cómo Me Doy Cuenta que Necesito Ayuda?	33
¿Cómo Me Doy Cuenta Cuando un Niño o Joven Necesita Ayuda?.....	33
CÓMO OBTENER SERVICIOS DE SALUD MENTAL	34
¿En Dónde Puedo Obtener Servicios Especializados de Salud Mental?	34
LA NECESIDAD MÉDICA.....	35
¿De qué Se Trata con la Necesidad Médica y Por Qué Es Tan Importante?.....	35
¿Cuáles Son las Normas de Necesidad Médica Para la Cobertura del Tratamiento por el Mal del Abusar de las Sustancias?	35

SELECCIONAR UN PROVEEDOR.....	36
¿Cómo Encuentro Un Proveedor Para Los Servicios En Contra de la Mal de Abusar de las Sustancias que Necesito?	36
Una Vez que Encuentre un Proveedor,¿Podrá el Plan Dictar Cuáles Servicios Recibo del Proveedor?	37
¿Cuáles Proveedores Usa Mi Plan DMC-ODS?.....	39
LA NOTIFICACIÓN DE UNA DETERMINACIÓN ADVERSA	39
¿De qué se Trata Con una Notificación de una Determinación Adversa Sobre los Beneficios?	39
¿Cuándo Recibiría Yo una Notificación de una Determinación Adversa Sobre los Beneficios?	40
¿Cada Vez que No Recibo los Servicios que Yo Quiero, Recibiré una Notificación de una Determinación Adversa Sobre los Beneficios?	41
¿Qué Me Dirá la Notificación Adversa Sobre los Beneficios? ..	41
¿Qué Debo Hacer al Recibir Yo una Notificación de una Determinación Adversa Sobre los Beneficios?	42
LOS PROCEDIMIENTOS PARA RESOLVER PROBLEMAS	43
¿Qué Hago Si No Obtengo Los Servicios que Quiero de Mi Plan Municipal DMC-ODS?	43
¿Puedo Obtener Ayuda Para Someter un Recurso de Apelación, una Queja u Obtener una Audiencia Justa del Estado?	44

¿Qué Hago Si Necesito Ayuda Para Resolver Un Problema Con Mi Plan Municipal DMS-ODS, Pero No Quiero Someter una Queja O Apelación? 45

EL PROCEDIMIENTO PARA LAS QUEJAS..... 45

¿Qué Es Una Queja? 45

¿Cuándo Puedo Someter Una Queja? 46

¿Cómo Puedo Someter Una Queja? 46

¿Cómo Sé Si Mi Plan Haya Recibido Mi Queja? 47

¿Cuándo Van A Decidir Sobre Mi Queja? 47

¿Cómo Sé Si El Plan Municipal Haya Tomado Una Decisión Sobre Mi Queja? 47

¿Hay Una Fecha Tope Para Someter Una Queja? 48

EL PROCEDIMIENTO DEL RECURSO DE LA APELACIÓN..... 48

¿De Qué Se Trata Con Una Apelación Estándar? 48

¿Cuándo Puedo Someter Una Apelación? 50

¿Cómo Puedo Someter Una Apelación? 51

¿Cómo Sé Si Hayan Decidido Mi Apelación? 51

¿Hay Una Fecha Tope Para Someter Una Apelación?..... 52

¿Cuándo Tomarán Una Decisión Sobre Mi Apelación?..... 52

¿Qué Tal Si No Puedo Esperar 30 Días Para La Decisión Sobre Mi Apelación? 53

¿De Qué Se Trata Con Una Apelación Expedita? 53

¿Cuándo Puedo Someter Una Apelación Expedita? 53

EL PROCEDIMIENTO DE LA AUDIENCIA ESTATAL JUSTA	54
¿De Qué Se Trata Con Una Audiencia Estatal Justa?	54
¿Cuáles Son Mis Derechos Para La Audiencia Estatal Justa? ...	55
¿Cuándo Puedo Someter Una Solicitud Para Obtener Una Audiencia Justa Estatal?	55
¿Cómo Pido Una Audiencia Justa Estatal?	56
¿Hay Un Día De Tope Para Solicitar Una Audiencia Estatal Justa?	57
¿Puedo Seguir Recibiendo Servicios Mientras Espero La Decisión de Una Audiencia Estatal Justa?	57
¿Qué Tal Si No Puedo Esperar 90 Días Para Mi Audiencia Estatal Justa?	58
INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL PROGRAMA DE MEDICAL DEL ESTADO DE CALIFORNIA.	58
¿Quién Podrá Recibir Medi-Cal?	58
¿Tengo Que Pagar Por Medi-Cal?	59
¿Cubre Medi-Cal Transportación?	60
LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS	61
¿Cuáles Son Mis Derechos Como un Recipiente de Servicios DMC-ODS?	61

¿Cuáles Son Mis Responsabilidades Como un Recipiente de Servicios DMC-ODS?31?	63
EL DIRECTORIO DE PROVEEDORES	65
SOLICITUD DE TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN	65
¿Cuándo Puedo Solicitar Quedarme Con Mi Proveedor Anterior, Quien Ya Está Fuera De La Red?	65
¿Cómo Solicito Quedarme Con Mi Proveedor Fuera de La Red?	66
¿Qué Pasará Si Siguiera Consultando Con Mi Proveedor Fuera De La Red Después de Mi Transición al Plan Municipal?	66
¿Por qué Denegaría El Plan Municipal Mi Solicitud Para La Transición de Cuidado?	66
¿Qué Pasa Si Niegan Mi Solicitud Para La Transición de Mi Cuidado?	67
¿Qué Pasa Si Otorgan Mi Solicitud Para La Transición de Mi Cuidado?	67
¿Con Qué Tanta Rapidez Procesarán Mi Solicitud Para La Transición de Mi Cuidado?	67
¿Qué Pasa Al Fin De Mi Transición De Cuidado?	68

INFORMACIÓN GENERAL

Servicios de Emergencia

Los Servicios de emergencia se cubren 24 horas al día y los 7 días a la semana. Si cree que tiene una emergencia relacionada con su salud, marque 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana para obtener ayuda.

Las Servicios de Emergencia son servicios provistos para una inesperada condición médica y esto incluye una condición médica psiquiátrica de urgencia.

Una emergencia médica existe cuando usted tiene síntomas los cuales causan dolor grave o una enfermedad grave o una lesión, lo cual una persona laica prudente (una persona cuidadosa o actuando con cautela quien no trabaja como profesional médico) razonablemente pudiera creer que sin obtener cuidados médicos pudiera:

- Poner su salud en peligro grave, o
- Si está embarazada, poner su salud o la salud de su niño pre-nacer en peligro grave, o
- Causar daños graves a la manera en que funciona su cuerpo, o
- Causar graves daños a cualquier órgano o miembro de su cuerpo.

En una emergencia tiene el derecho de usar cualquier hospital. Los servicios de emergencia nunca requieren una autorización.

¿Con Quién Me Comunico Si Tengo Pensamientos de Suicidarme?

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

Para los residentes locales quienes están buscando asistencia con una crisis y poder acceder programas locales de salud mental, favor de marcar al 1-888-886-5401.

¿Por qué Es Importante Leer Esta Guía?

Proveemos servicios en contra de la mal del uso de sustancias a todos los residentes del Condado de Placer que son elegibles para Medi-Cal.

Nuestra esperanza y visión: Que los niños, adultos y familias del Condado de Placer sean auto-suficientes con mantenerse:

- ♥ Seguros
- ♥ En las escuelas, el trabajo y durante su participación en la sociedad
- ♥ Saludables
- ♥ Sin meterse en problemas

- ♥ En sus hogares
- ♥ Estables económicamente o con sus necesidades cubiertas

Es importante que usted entienda cómo funciona el Sistema Medi-Cal de Entrega Organizada de Servicios en Contra de la Adicción (DMC-ODS) para que pueda obtener los cuidados que necesita. Esta guía explica los beneficios y cómo obtener el cuidado. También, contestará mucha de sus preguntas.

Aprenderá:

- Cómo poder recibir servicios por tratamiento de la mal de abusar de sustancias por medio de su plan DMC-ODS
- A cuáles beneficios podrá acceder
- Qué hacer si tiene una pregunta o problema
- Sus derechos y responsabilidades como miembro de su plan municipio DMC-ODS

Si no lee esta guía ahorita, debiera de guardar esta guía para que la pueda leer después. Use esta guía como un complemento a la guía para la membresía que recibió cuando se inscribió en su programa actual de Medi-Cal. Esto pudiera ser un programa de atención médica administrada de Medi-Cal o el programa regular de Medi-Cal "Pago por Servicios Prestados".

Como Miembro Del Plan Municipal DMC-ODS, Su Plan Municipal tiene La Responsabilidad Por...

- Determinar si reúne los requisitos para recibir los servicios

municipales del DMC-ODS o su red de proveedores.

- Coordinar sus cuidados.
- Proveerle con un número gratuito que se contesta 24 horas al día y 7 días de la semana por medio de lo cual le puedan decir cómo obtener servicios del Plan Municipal. También, podrá comunicarse con el Plan Municipal por marcar este número para pedir cuidados después de las horas hábiles.
- Tener bastantes proveedores para asegurarle que pueda recibir tratamientos por la mal SUD cubiertos por el Plan Municipal si es que los necesite.
- Informarle y educarle sobre los servicios disponibles de su Plan Municipal.
- Proveerle con servicios en su idioma o con un intérprete gratuitamente, (si sea necesario) y avisarle que estos servicios están disponibles.
- Proveerle con información sobre los programas disponibles para usted por escrito en otros idiomas o formatos. Tenemos materiales por escrito en inglés, español e idiomas comunes identificados por el estado (que vea al principio de esta guía). Si necesita asistencia con otra lengua, hay intérpretes disponibles. Si necesita ayuda en leer esta material pediremos que un miembro de nuestro personal le lea las materiales. TTY English: 800-735-2929. TTY Español: 800-855-3000. Tenemos materiales por escrito disponibles en letra grande, audio y braille. Para obtener ayuda con cualesquier de estos servicios o materiales, llame a nuestro Representante de Manejo de Calidad, al 530-886-2925.
- Proveerle con una notificación sobre cualquier cambio de importancia en la información especificada en esta guía por lo menos con 30 días de antelación a la fecha

pretendida del cambio. Un cambio sería considerado de importancia cuando hay un aumento o una reducción en la cantidad de servicios, o la clase de servicios disponibles, o si hay un aumento o una reducción en el número de proveedores de la red o si hay cualquier otro cambio el cual afectaría los beneficios que recibe usted por medio del Plan Municipal.

- Informándole si cualquier proveedor bajo contrato rehúsa proveer o apoyar de otra manera cualquier servicio cubierto debido a protestas por razón de su criterio moral ético o religioso e informándole de proveedores alternativos que ofrecen el servicio cubierto.
- Para asegurar que tenga acceso continuo a su proveedor previo y actualmente, un proveedor fuera de la red, por un período de tiempo si cambiarse de proveedor le causaría problemas con su salud o aumentaría su arriesgo de tener que internarse en un hospital.

Número de Teléfono Gratuito de 24 horas de Servicios a la Membresía: 888-886-5401

Representante de Manejo de la Calidad: 530-886-2925

Información Para Miembros Quienes Necesitan Materiales en Otro Idioma

Tenemos materiales por escrito en inglés, español e idiomas comunes identificados por el estado (que vea al principio de esta guía). Si necesita asistencia con otra lengua, hay intérpretes disponibles.

Información para Miembros Quienes Tienen Dificultades con Leer

Si necesita ayuda en leer esta material pediremos que un miembro de nuestro personal le lea las materiales.

Información para Miembros Quienes Tienen Problemas con la Audición

TTY English: 800-735-2929. TTY Español: 800-855-3000.

Información para Miembros Quienes Tienen Problemas con la Vista

Tenemos materiales por escrito disponibles en letra grande, audio y braille.

La Notificación Sobre las Prácticas de Privacidad

Sus servicios por la mal de adicción a las sustancias y documentos se manejarán con confidencialidad. Para poder ofrecer servicios de calidad, compartiremos información según la necesidad adentro de nuestra agencia y con nuestros proveedores, dentro de lo provisto por ley. Sus documentos y cualquier información sobre su tratamiento por una mal de abusar de sustancias no se compartirá con agencias de afuera sin su permiso por escrito para que liberemos información o documentos.

¿Con Quién Me Comunico si Opino que Están Discriminando en Contra de Mí?

Prohíbe la ley discriminar. El Estado de California y DMC-ODS cumplen con todas las leyes federales de los derechos civiles y no discriminan a base de la raza, el color, la origen nacional, la descendencia, religión, sexo, estado civil, genero, identidad de genero, orientación sexual, edad, ni discapacidad. DMC-ODS:

- Proporciona ayuda gratuita y servicios a personas con discapacidades, tales cómo:
 - Interpretes preparados en el lenguaje a señas
 - Información por escrito en otros formatos (braille, letra grande, audio, formatos accesibles electrónicos y otros formatos)

- Provee servicios gratuitos en otros idiomas a personas cuyo lenguaje materno no es el inglés, tales cómo:
 - Intérpretes orales preparados
 - Información en idiomas clave

Si necesita estos servicios, comuníquese con su Plan Municipal.

Si usted opina que el Estado de California o el DMC-ODS no le ha proporcionado con estos servicios o ha discriminado en otra forma basada en su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, podrá someter una queja con:

Quality Management Designee
101 Cirby Hills Drive,
Roseville, CA 95678
PTeléfono: 530-886-5419

Fax: 916-872-6521

patientsrightsadvocate@placer.ca.gov

Podrá someter la queja o en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda con someter una queja, el Nombrado de Manejo de Calidad al 530-886-5419 está disponible para ayudarle.

También, podrá cometer una queja de incumplimiento con los Derechos Civiles electrónicamente con el Departamento de los EE UU de Salud y Servicios Humanos, la Oficina de los Derechos Civiles por el sitio de la red mundial para las Quejas, disponible al <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>. Podrá someter una queja relacionada con los derechos civiles por correo o teléfono al:

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 las quejas están disponibles al <https://www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr/index.html>.

SERVICIOS

¿Cuáles Son los Servicios DMC-OD?

Los servicios DMC-ODS son servicios de del cuidado de la salud para personas quienes tienen, por lo menos, una mal de abusar de las sustancias que no podrá ser tratada por el médico usual.

Los servicios DMC-ODS incluyen:

- Servicios para Pacientes Externos
- Servicios Intensivos para los Pacientes Externos
- La Hospitalización Parcial (Solamente disponible en algunos condados)
- El Tratamiento Residencial (sujeto a la aprobación con antelación del condado)
- Control de la Abstinencia
- Tratamiento de la Dependencia de Opiáceos
- Tratamientos Asistidos por Medicamentos (varía según el condado)
- Servicios de Rehabilitación
- Gestión de Casos

Si quisiera aprender más sobre cada servicio DMC-ODS que podrá estar disponible para usted, consulte las descripciones abajo:

- **Servicios para Pacientes Externos**
 - Los servicios de consejería están disponibles para los miembros con hasta nueve horas a la semana para los adultos y menos de seis horas a la semana para

los jóvenes, cuando determinen que sean medicamente necesarios y según un plan individualizado para el paciente. Los servicios podrán ser proporcionados por un profesional con una credencial o consejero certificado en cualquier entorno apropiado dentro de la comunidad.

- Los Servicios Externos incluyen la inscripción y valoración, la planeación del tratamiento, consejería individual, consejería en grupo, terapia familiar, servicios colaterales, educación para la membresía, servicios de medicamentos y planeación de alta.
- La cantidad, duración y el alcance de los servicios se basará en los reglamentos de Medi-Cal de Drogas y la necesidad médica.

- **Servicios Intensivos para Pacientes Externos**

- Los Servicios para los Pacientes Externos se proporcionan a los miembros (un mínimo de nueve horas a la semana, con un máximo de 19 horas para los adultos y un mínimo de seis horas con una máxima de 19 horas a la semana para los jóvenes), cuando determinen que sean medicamente necesarios y según un plan individualizado para el paciente. Los servicios consistan principalmente en consejería y educación sobre los problemas relacionados con la adicción. Los servicios podrán ser proporcionados por un profesional con una credencial o consejero certificado en cualquier entorno apropiado dentro de la comunidad.
- Los Servicios Intensivos para los Pacientes Externos

incluyen los mismos componentes como los Servicios para los Pacientes Externos. El número de horas de los servicios es la diferencia principal.

- La cantidad, duración y el alcance de los servicios se basará en los reglamentos de Medi-Cal de Drogas y la necesidad médica.

- **La Hospitalización Parcial** (Solamente disponible en algunos condados)

- Los servicios de La Hospitalización Parcial disponen de 20 o más horas de programación clínica intensiva cada semana, según lo especificado en el plan del miembro, Los programas de hospitalización parcial típicamente gozan de acceso directo a los servicios psiquiátricos, médicos y de laboratorio y tienen el propósito de cumplir con las necesidades identificadas que merecen monitorear o manejar todos los días, pero se podrán resolver de una manera apropiada en un entorno estructurado de un paciente externo.
- Los servicios de la Hospitalización Parcial son parecidos a los Servicios Intensivos de un Paciente Externo, con un aumento en el número de horas y acceso adicional a los servicios médicos como las diferencias principales.
- La Hospitalización Parcial no está disponible en el Condado de Placer.

- **El Tratamiento Residencial** (sujeto a la aprobación con antelación del condado)
 - El Tratamiento Residencial es un programa residencial y no médico de corto plazo, de 24 horas al día, el cual provee a miembros con una diagnosis de SUD con servicios de rehabilitación cuando haya sido determinado que sea necesario medicamente y con un plan individualizado de tratamiento. Cada miembro vivirá en las instalaciones y será apoyado en sus esfuerzos de restablecer, mantener y aplicar habilidades interpersonales y habilidades de vivir de una manera independiente y tendrá acceso a los sistemas de apoyo de la comunidad. Los proveedores y residentes trabajan conjuntamente para definir los obstáculos, poner prioridades, establecer metas, crear planes de tratamiento y resolver problemas relacionados con la mal de abusar de las sustancias. Las metas incluyen sostener la abstinencia, prepararse para los disparadores de la recaída, mejorar su salud personal y funcionamiento social y participar en cuidado continuo.
 - Los servicios residenciales requieren la autorización previa del Plan Municipal. Cada autorización por servicios residenciales podrá ser por un máximo de 90 días para los adultos y 30 días para los jóvenes. Solamente dos autorizaciones por servicios residenciales se permiten durante un plazo de un año. Es posible recibir una extensión de por 30 días cada año por necesidad médica. Las mujeres

embarazadas podrán recibir servicios residenciales hasta el último día del mes en el cual cae el día 60 después del alumbramiento. Los miembros elegibles por una Diagnóstico de la Detección Temprana y Tratamiento Precoz (EPSDT) (menores de 21 años de edad) no tendrán los descritos límites de la autorización mencionada anteriormente con tal de que la necesidad médica establezca la necesidad de que sigan recibiendo los servicios residenciales.

- Los Servicios Residenciales incluyen la recepción y evaluación, planeación del tratamiento, consejería individual, consejería en grupo, terapia familiar, servicios colaterales, educación para la membresía, servicios para los medicamentos (las instalaciones guardarán todos los medicamentos de los residentes y miembros del personal del establecimiento podrán ayudar con la administración de los medicamentos por los residentes), servicios de intervención en crisis, transportación (o proveer o hacer los arreglos para transporte a los tratamientos médicos necesarios y de regreso) y planeación para la alta.
- La cantidad, duración y el alcance de los servicios se basará en los reglamentos de Medi-Cal de Drogas y la necesidad médica.

- **Control de la Abstinencia**

- Los servicios de Control de la Abstinencia se proporcionan cuando sea determinado que exista la necesidad médica y según un plan individualizado

para el cliente. Cada miembro vivirá en la instalación si recibe un servicio residencial y será monitoreado durante el proceso del control de la abstinencia. Servicios medicamente necesarios de habilitación y rehabilitación se proporcionan según un plan individualizado para el cliente por un médico certificado o persona con una licencia para recetar esto y aprobada y autorizada según lo previsto por las exigencias del Estado de California.

- Los Servicios de Control de la Abstinencia incluyen la inscripción y evaluación, observación (para poder evaluar el estado de salud y respuesta a cualquier medicamento recetado), servicios de medicamentos, y planeación para la alta.
- La cantidad, duración y el alcance de los servicios se basará en los reglamentos de Medi-Cal de Drogas y la necesidad médica.

- **Tratamiento de la Dependencia de Opiáceos**

- Los servicios del Programa de Tratamiento de la Dependencia de Opiáceos (Narcóticos) (OTP/NTP) se proveen en establecimientos con la licencia NTP. Servicios medicamente necesarios de se proporcionan según un plan individualizado determinado por un médico con su licencia o recetador autorizado y aprobado y autorizado según lo previsto por las exigencias del Estado de California. Se exige que los servicios OTP/NTP ofrezcan y receten medicamentos a los miembros cubiertos por

el formulario DMC-ODS, incluyendo metadona, buprenorfina, naloxona y disulfirama.

- Un miembro debe recibir, por lo menos, sesiones de 50 minutos de consejería con un terapeuta o consejero de hasta 200 minutos cada mes del calendario, aunque podrán proporcionar servicios adicionales basado en la necesidad médica.
 - Los Servicios de Tratamiento por los Opiáceos incluyen los mismos componentes como los Servicios de Tratamiento Externo, y se agrega la psicoterapia médica, lo cual consiste en una plática, cara a cara llevada al cabo por un médico uno a uno con el miembro.
 - La cantidad, duración y el alcance de los servicios se basará en los reglamentos de Medi-Cal de Drogas y la necesidad médica.
- **Tratamientos Asistidos por Medicamentos** (varía según el condado)
 - Los Servicios Tratamientos Asistidos por Medicamentos (MAT) están disponibles afuera de la clínica OTP. MAT consiste en el uso de los medicamentos de receta, en combinación con la consejería y la terapia conductual para tratar a la persona de una forma integral en el tratamiento de la SUD. Es opcional que los condados que participan ofrezcan este nivel de servicios.
 - Los servicios MAT incluyen someter los pedidos, recetar, administrar y monitorear todos los medicamentos para la SUD. La dependencia en el

alcohol y los opiáceos, en particular, tiene opciones bien establecidas para el uso de medicamentos. Los médicos y otros recetores podrán ofrecer medicamentos a los miembros cubiertos bajo el formulario DMC-ODS, incluyendo buprenorfina, naloxona, disulfirama, Vivitrol, acamprosato, o cualesquier aprobado por el FDA para el tratamiento del SUD.

- La cantidad, duración y el alcance de los servicios se basará en los reglamentos de Medi-Cal de Drogas y la necesidad médica.

- **Servicios de Rehabilitación**

- Los Servicios de Recuperación son importantes para la recuperación del miembro y su bienestar físico. La comunidad de tratamiento se convierte en un agente terapéutica, por medio del cual los miembros reciben la habilidad y el adiestramiento para manejar su salud y cuidados de salud. Por eso, el tratamiento debe hacer hincapié al papel central del miembro en manejar su salud, usar eficaces estrategias para auto manejar su sistema de apoyo y organizar sus recursos internos y comunitarios, para que los miembros sigan recibiendo apoyo en auto manejar sus vidas.
- Los Servicios de Rehabilitación incluyen la consejería individual y en grupo; monitoreo de la recuperación/asistir en contra del abuso de las sustancias (entrenamiento de recuperación, la prevención de las recaídas y servicios de par a par); y

manejar los casos (conector con apoyo educacional, vocacional y familiar, apoyo comunitario, viviendas, transporte y otros servicios, según la necesidad).

- La cantidad, duración y el alcance de los servicios se basará en los reglamentos de Medi-Cal de Drogas y la necesidad médica.

- **Gestión de Casos**

- La Gestión de Casos ayuda a un miembro con acceder los servicios necesarios, médicos, educativos, sociales, pre vocacionales vocacionales, de rehabilitación y otros , de la comunidad. Estos servicios se enfocan en la coordinación de los cuidados SUD, la integración con los tratamientos principales, especialmente para los miembros con una SUD crónica, y la interacción con el sistema de la justicia de lo penal, si sea necesario.
- Los Servicios de la Gestión de Casos incluyen una evaluación comprehensiva y periódicamente volver a evaluar las necesidades individuales para determinar la necesidad de seguir con los servicios de la gestión de casos; la transición a niveles más o menos intensos de cuidados por SUD; desarrollar y periódicamente revisar un plan para el cliente que incluye actividades de servicio; la comunicación, coordinación, mandar a recibir servicios y actividades relacionadas; monitorear la entrega de servicios para asegurar el acceso del miembro a los servicios y el sistema de la entrega de servicios; monitorear el progreso del

miembro y abogar por el miembro, conectarlo a servicios de cuidado de su salud física y mental, transporte y retención en los servicios de los cuidados principales.

- La gestión de casos debe cumplir con y no violar la confidencialidad de ningún miembro, según lo previsto por las leyes de lo Federal y lo Estatal.
- La cantidad, duración y el alcance de los servicios se basará en los reglamentos de Medi-Cal de Drogas y la necesidad médica.

Detección Temprana, Diagnosis y Tratamiento (EPSDT)

Si tiene menos de 21 años de edad, podrá recibir adicionales servicios medicamente necesarios según lo previsto por Detección Temprana, Diagnosis y Tratamiento (EPSDT) Los servicios EPSDT incluyen las evaluaciones, la vista, odontología, la audición y todos los demás servicios medicamente necesarios, obligatorios y opcionales de la lista de la ley de lo federal 42 U.S.C. 1396d(a) para corregir o atenuar los defectos y las enfermedades físicas y mentales y condiciones identificadas en una evaluación EPSDT, sin importarse si se cubren los servicios para los adultos o no. La exigencia de la necesidad médica y la rentabilidad son los únicos límites o exclusiones que se aplican a los servicios EPSDT.

Para una descripción más completa de los servicios EPSDT que están disponibles y para que contesten sus preguntas, favor de llamar a los Servicios de la Membresía del Condado de Placer.

CÓMO OBTENER SERVICIOS DMC-ODS

¿Cómo Obtengo Servicios DMC-ODS?

Si cree que necesita servicios de tratamiento por la mal de abusar de sustancias (SUD), podrá obtener servicios por pedirlos del Plan Municipal usted mismo. Podrá llamar al número gratuito de su condado que aparece en la primera sección de esta guía. También, podrá ser mandado a recibir servicios de tratamiento por SUD de su Plan Municipal de otras maneras. Se exige que su Plan Municipal acepte a pacientes mandados por médicos a que reciban los servicios de tratamiento por SUD y de otros proveedores de los cuidados principales quienes creen que usted podrá necesitar estos servicios y de su plan gestionado de Medi-Cal, si usted sea un miembro. Usualmente, el proveedor o el plan gestionado de Medi-Cal necesita su permiso o el permiso de un padre o la persona que se encarga con cuidar de un niño para mandarlo, al no ser que sea una urgencia. Otras personas y organizaciones podrán mandar pacientes al programa municipal. Esto incluye las escuelas; el departamento de asistencia pública o los servicios sociales; los guardianes, los tutores o familiares y las agencias policíacas.

Los servicios cubiertos se hacen disponibles por la red de proveedores del Condado de Placer. Si cualquier proveedor protesta en contra de llevar a cabo o de otra manera apoyar cualquier servicio cubierto, el Condado de Placer hará los arreglos para que otro proveedor lleve a cabo el servicio. El

Condado de Placer responder con derivaciones médicas oportunas y la coordinación en el caso de que un servicio cubierto no está disponible a causa de objeciones religiosas, éticos o morales al servicio cubierto.

El personal del Condado de Placer proveerá las primeras evaluaciones en persona para determinar el nivel de cuidado. Si se determina que usted necesita más que solamente los servicios externos, los administradores de casos trabajarán directamente con usted para ayudarle en conectarse con los servicios. Los administradores de casos se enfocarán en colaborar para establecer rendición de cuentas y ayudar con las transiciones de los cuidados, crear un plan pro-activo con el personal a su llegada a la siguiente modalidad de servicio y seguirán monitoreando y con las medidas de seguimiento según se necesite para que tenga éxito y apoyarán sus metas. Los administradores de casos tienen la habilidad de quedarse con usted durante su tratamiento como un punto único de contacto.

¿En Dónde Puedo Obtener Servicios DMC-ODS?

El Condado de Placer participa en el programa de piloto DMC-ODS. Como usted es un residente del Condado de Placer, podrá obtener los servicios DMC-ODS en el condado en donde vive por el plan municipal DMC-ODS. Su Plan Municipal tiene proveedores de tratamiento SUD disponibles para tratar las condiciones cubiertas por el plan. Otros condados que proveen servicios en contra del abuso de drogas por Medi-Cal, pero no

participan en el plan de piloto DMC-ODS le podrán proporcionar con servicios usuales DMC, si los necesita. Si tiene menos de 21 años, también tiene elegibilidad para recibir servicios EPSDT en cualquier otro condado del estado.

Cuidado Después de las Horas Hábiles

Podrá acceder los cuidados después de las horas hábiles por llamar a los números de teléfono gratuitos de 24 horas:

Adultos: (888) 886-5401

Adolescentes: (866) 293-1940

¿Cómo Me Doy Cuenta que Necesito Ayuda?

Muchas personas padecen de tiempos difíciles durante sus vidas y podrán experimentar problemas con SUD.

Lo más importante que debe acordar al preguntarse si necesita ayuda profesional es confiar a sí mismo. Si tiene elegibilidad para Medi-Cal y cree que posiblemente necesita ayuda profesional, debe pedir una evaluación de su Plan Municipal para saber por seguro, como vive en un condado que está participando en el DMC-ODS.

¿Cómo Me Doy Cuenta Cuando un Niño o Joven Necesita Ayuda?

Podrá comunicarse con el plan de un condado que participa en

el programa DMC-ODS para obtener una evaluación para su niño o joven si cree que él o ella está mostrando cualesquier de los indicios de una SUD. Si su niño o joven califica para Medi-Cal y la evaluación municipal indica que le hacen falta los servicios de tratamiento por drogas y alcohol cubiertos por el condado que participa, el condado hará los arreglos para que su niño o joven reciba los servicios.

CÓMO OBTENER SERVICIOS DE SALUD MENTAL

¿En Dónde Puedo Obtener Servicios Especializados de Salud Mental?

Podrá recibir servicios especializados de salud mental en el condado en donde vive. Los servicios están disponibles en el Condado de Placer. Cada condado tiene servicios especializados de salud mental disponibles para los niños, los jóvenes, adultos y personas de la tercera edad. Si es menor de 21 años de edad, tiene la elegibilidad para recibir la Evaluación Temprana y Periódica, una Diagnósis y Tratamiento (EPSDT) la cual podrá incluir cobertura adicional y beneficios.

Su MHP determinará si le hacen falta los servicios especializados de salud mental. Si, de hecho, le hacen falta los servicios especializados de salud mental, el MHP lo mandará con un proveedor de servicios de salud mental.

LA NECESIDAD MÉDICA

¿De qué Se Trata con la Necesidad Médica y Por Qué Es Tan Importante?

Una de las condiciones necesarias para recibir los servicios de tratamiento SUD por medio del plan DMC-ODS de su condado es algo que se llama la necesidad médica. Esto significa que un médico u otro profesional con credencial hablará con usted para determinar si existe una necesidad médica por servicios y si le ayudarían los servicios si usted fuera a recibirlos.

El término necesidad médica es importante porque ayudará en determinar si tiene o no elegibilidad para recibir los servicios DMC-ODS y cuál tipo de servicios DMC-ODS sea lo apropiado. Determinar la necesidad médica es una parte muy importante del proceso de obtener los servicios DMC-ODS.

¿Cuáles Son las Normas de Necesidad Médica Para la Cobertura del Tratamiento por el Mal del Abusar de las Sustancias?

Como una parte de determinar si necesita servicios de tratamiento SUD, el plan municipal DMC-ODS trabajará con usted y su proveedor para decidir si los servicios son una necesidad médica, como ya se explicó arriba. Esta sección explica como su condado que participa en le programa tomará esta decisión.

Para recibir servicios por medio del DMC-ODS, debe reunir los

siguientes requisitos:

- Debe estar inscrito en Medi-Cal.
- Debe vivir en un condado que participa en el DMC-ODS.
- Debe tener por lo menos una diagnosis de la Guía Diagnóstica y Estadística de las Males de Salud Mental (DSM)de una Mal Relacionada con las Sustancias y la Adicción. Cualquier adulto o joven, menor de la edad de 21 años, quien se evalúa estar en peligro de desarrollar una SUD será elegible para recibir Servicios de la Intervención Temprana si no reúne los requisitos de la necesidad médica.
- Debe reunir los requisitos de la definición de la Sociedad Americana de la Medicina de la Adicción (ASAM). Las Normas ASAM son las normas nacionales de tratamiento para las condiciones relacionadas con la adicción y las sustancias.

No necesita saber si tiene una diagnosis para pedir ayuda. El plan DMC-ODS de su condado le ayudará en obtener esta información y determinará la necesidad con una evaluación.

SELECCIONAR UN PROVEEDOR

¿Cómo Encuentro Un Proveedor Para Los Servicios En Contra de la Mal de Abusar de las Sustancias que Necesito?

El Plan Municipal podrá poner algunos límites en sus opciones de proveedores. El plan municipal DMC-ODS debe darle la

oportunidad de escoger entre por lo menos dos proveedores cuando empieza los servicios, a no ser que el Plan Municipal tenga una buena razón por no darle la oportunidad de escoger; por ejemplo si hay solamente un proveedor capacitado para darle el servicio que necesita. Su Plan Municipal, también, debe dejar que se cambie de proveedores. Cuando pide cambiarse de proveedor, el condado debe permitir que usted escoja entre, por lo menos, dos proveedores, al no ser que existe una buena razón por no hacerlo.

A veces, los proveedores con contratos con el condado abandonan la red municipal por su propia cuenta o al pedirlo el Plan Municipal. Cuando esto pasa, el Plan Municipal debe hacer un esfuerzo de buena fe de dar una notificación por escrito de terminación de un proveedor con un contrato con el condado dentro de 15 días a partir de o recibir o expedir la notificación de la terminación a cada persona quien haya estado recibiendo servicios de tratamiento SUD del proveedor.

Una Vez que Encuentre un Proveedor,¿Podrá el Plan Dictar Cuáles Servicios Recibo del Proveedor?

Usted, su proveedor y el Plan Municipal están todos involucrados en determinar cuáles servicios necesita recibir por medio del condado por cumplir con las normas de la necesidad médica y la lista de los proveedores. A veces, el condado deja que usted y el proveedor tomen la decisión. En otras ocasiones, el Plan Municipal podrá exigir que su proveedor pida que el Plan Municipal estudie las razones por

las cuales el proveedor opina que necesita un servicio antes de proveerle con el servicio. Se exige que el Plan Municipal utilice un profesional calificado para llevar a cabo el estudio. El procedimiento del estudio se llama un proceso del plan para autorizar pagar.

El proceso de autorización del Plan Municipal debe cumplir con plazos específicos. Para una autorización estándar, el plan debe tomar la decisión al pedirlo su proveedor, dentro de 14 días. Si usted o su proveedor lo pide o si el Plan Municipal opina que le conviene obtener más información de su proveedor, el plazo se podrá extender por otros 14 días de calendario. Un ejemplo de cuando le convendría una extensión sería cuando el condado opina que a lo mejor pudiera aprobar la autorización pedida por su proveedor si el Plan Municipal tuviera más información de su proveedor y tendría que negar la solicitud sin tener la información. Si el Plan Municipal extiende el plazo, el condado le mandará una notificación por escrito sobre la extensión.

Si el condado no toma la decisión dentro de los límites de tiempo exigidos por una autorización estándar o expedita, el Plan Municipal debe mandarle una Notificación de una Determinación Adversa sobre los Beneficios para decirle que se niegan los servicios y que pueda someter un recurso de apelación o pedir una Audiencia Estatal Justa.

Podrá pedir que el condado le dé más información sobre su proceso de autorización. Revise la primera sección de este libro para saber cómo pedir la información.

Si no está de acuerdo con la decisión del Plan Municipal para

un proceso de autorización, podrá someter un recurso de apelación con el condado o pedir una Audiencia Estatal Justa.

¿Cuáles Proveedores Usa Mi Plan DMC-ODS?

Si está nuevo al Plan Municipal, una lista completa de los proveedores de su Plan Municipal se podrá encontrar al fin de esta guía y contiene la información sobre en dónde se localizan los proveedores, los servicios SUD que proporcionan y otra información para ayudarle en acceder los cuidados. Esto incluye información sobre los servicios culturales y lingüísticas disponibles de los proveedores. Si tiene preguntas sobre los proveedores, llame a su número de teléfono gratuito localizado en la primera sección de esta guía.

LA NOTIFICACIÓN DE UNA DETERMINACIÓN ADVERSA

¿De qué se Trata Con una Notificación de una Determinación Adversa Sobre los Beneficios?

Una Notificación de una Determinación Adversa sobre los Beneficios, a veces llamado un NOABD es una forma usada por su plan municipal DMC-ODS para informarle cuando el plan toma una decisión sobre si usted vaya a recibir o no, los servicios de Medi-Cal de tratamiento de SUD. Una Notificación de una Determinación Adversa de Beneficios se usa, también, para decirle que no se haya resuelto a tiempo su queja, apelación o apelación expedita o si no haya obtenido servicios

dentro de las normas de tiempo para darle los servicios del Plan Municipal.

¿Cuándo Recibiría Yo una Notificación de una Determinación Adversa Sobre los Beneficios?

Recibiría una Notificación de una Determinación Adversa Sobre los Beneficios:

- Si su Plan Municipal o uno de los proveedores del Plan Municipal decide que usted no califica para recibir servicios Medi-Cal SUD de tratamiento porque no reúne los requisitos de la necesidad médica.
- Si su proveedor opina que necesita un servicio SUD y pide la aprobación del Plan Municipal, pero el Plan Municipal no está de acuerdo y niega lo pedido por su proveedor o cambia la frecuencia del servicio. Casi siempre recibirá una Notificación de una Determinación Adversa sobre los Beneficios antes de que reciba los servicios, pero a veces La Notificación de una Determinación Adversa sobre los Beneficios le llegará después de que ya haya recibido los servicios o mientras recibe los servicios. Si recibe una una Notificación de una Determinación Adversa sobre los Beneficios después de que haya recibido los servicios, no tiene que pagar por los servicios.
- Si su proveedor ha pedido la aprobación del Plan Municipal, pero el Plan Municipal necesita más información para tomar la decisión y no completa el proceso de la aprobación a tiempo.
- Si su Plan Municipal no le proporciona los servicios a usted dentro de los plazos arreglados por el Plan Municipal.

Comuníquese con su Plan Municipal para saber si el Plan Municipal ha puesto estándares de tiempo.

- Si somete una queja con el Plan Municipal y el Plan Municipal no le notifica con una decisión por escrito sobre la queja dentro de 90 días de calendario. Si somete una queja con el Plan Municipal y el Plan Municipal no le notifica con una decisión por escrito sobre la queja dentro de 30 días de calendario o si sometió un recurso de apelación expedita y no recibió la respuesta dentro de 72 horas.

¿Cada Vez que No Recibo los Servicios que Yo Quiero, Recibiré una Notificación de una Determinación Adversa Sobre los Beneficios?

Existen algunos casos en los cuales pudiera pasar que no recibiría una Notificación Determinación Adversa Sobre los Beneficios. Todavía pudiera someter un recurso de apelación con el Plan Municipal o si haya completado el proceso del recurso de apelación podrá pedir una audiencia estatal justa, si pasaran estas cosas. Se incluye la información sobre cómo someter un recurso de apelación o pedir la audiencia estatal justa en esta guía. La información debe, también, estar disponible en la oficina de su proveedor.

¿Qué Me Dirá la Notificación Adversa Sobre los Beneficios?

La Notificación Adversa Sobre los Beneficios le dirá:

- Qué es lo que haya hecho su Plan Municipal que le afecta a usted y su habilidad de recibir servicios.

- La fecha cuando se hace vigente la decisión y la razón por la cual el plan tomó la decisión.
- Las reglas estatales o federales con las cuales cumplía el condado al tomar la decisión.
- Cuáles son sus derechos si no está de acuerdo con lo que hizo el plan.
- Cómo someter una apelación con el plan.
- Cómo Pido Una Audiencia Justa Estatal.
- Cómo pedir una apelación expedita o una audiencia justa expedita.
- Cómo obtener ayuda en someter un recurso de apelación o pedir una Audiencia Justa Estatal.
- Qué tanto tiempo tiene para someter un recurso de apelación o pedir una Audiencia Justa Estatal.
- Si tiene elegibilidad o no para seguir recibiendo servicios mientras espere la decisión de una Apelación o de una Audiencia Justa Estatal.
- Para cuándo tiene que someter la solicitud para la Apelación o la Audiencia Justa Estatal si quiere seguir recibiendo los servicios.

¿Qué Debo Hacer al Recibir Yo una Notificación de una Determinación Adversa Sobre los Beneficios?

Al recibir una Notificación de una Determinación Adversa Sobre los Beneficios debe leer cuidadosamente toda la información de la forma. Si no entiende la forma, su Plan Municipal le podrá ayudar. También, podrá pedir que otra persona le ayude.

Podrá pedir seguir con el servicio que le hayan parado al someter un recurso de apelación o una solicitud para la Audiencia Estatal Justa. Debe pedir seguir con los servicios dentro de 10 días de calendario, al más tardar, después de la fecha del matasellos o en la cual le hayan entregado el documento en propia persona o antes de que se haga vigente el cambio.

LOS PROCEDIMIENTOS PARA RESOLVER PROBLEMAS

¿Qué Hago Si No Obtengo Los Servicios que Quiero de Mi Plan Municipal DMC-ODS?

Su Plan Municipal tiene una manera para que usted pueda resolver cualquier problema con cualquier cuestión relacionada con los servicios SUD que recibe. Esto se llama el proceso de resolver problemas y pudiera incluir los siguientes procedimientos.

1. El Proceso de la Queja- una explicación de que no está a gusto con cualquier cosa sobre sus servicios SUD de tratamiento, que no sea una Determinación Adversa sobre los Beneficios.
2. El Proceso del Recurso de la Apelación- estudiar una decisión (la denegación o cambios en los servicios) tomada sobre sus servicios de tratamiento SUD por el Plan Municipal o su proveedor.
3. El Proceso de la Audiencia Justa Estatal - un estudio para asegurar que usted reciba los servicios de tratamiento

SUD, los cuales tiene el derecho de recibir bajo el programa de Medi-Cal.

Someter una queja o recurso de apelación o pedir una Audiencia Justa Estatal no se tomará en su contra y no afectará los servicios que está recibiendo. Cuando se haya completado el estudio de su queja o apelación su Plan Municipal le notificará a usted y los demás del resultado. Cuando hayan completado su Audiencia Justa Estatal, la Oficina de Audiencias Estatales le notificará a usted y a los demás involucrados del resultado.

Aprenda más sobre cada proceso para resolver problemas a continuación.

¿Puedo Obtener Ayuda Para Someter un Recurso de Apelación, una Queja u Obtener una Audiencia Justa del Estado?

Su Plan Municipal tendrá personas disponibles para explicarle estos procedimientos y ayudarle en presentar un informe sobre un problema, o como una queja, como un recurso de apelación o por medio de una solicitud para una Audiencia Justa Estatal. También, le podrán ayudar en determinar si califica para un proceso expedito, lo cual significa que lo estudiarán más pronto porque su salud o estabilidad está en peligro. También, podrá autorizar a otra persona que actúe por usted, como su proveedor de servicios SUD.

Si quisiera obtener ayuda, comuníquese al 888-886-5401.

¿Qué Hago Si Necesito Ayuda Para Resolver Un Problema Con Mi Plan Municipal DMS-ODS, Pero No Quiero Someter una Queja O Apelación?

Podrá obtener ayuda del Estado si tiene problemas en localizar a las personas correctas al nivel municipal para ayudarle en negociar la manera de sortear las dificultades del sistema.

Puede obtener ayuda legal gratuita en su oficina local de asistencia legal u otros grupos. Pudiera preguntar sobre sus derechos para una audiencia o la ayuda legal gratuita de la Unidad Pública para Preguntar y Recibir Respuestas:

Llame gratuitamente: 1-800-952-5253

Si es sordo y usa TDD, comuníquese al: 1-800-952-8349.

EL PROCEDIMIENTO PARA LAS QUEJAS

¿Qué Es Una Queja?

Una queja es una expresión de descontento sobre cualquier cosa relacionada con sus servicios SUD que no sea uno de los problemas cubiertos por los procedimientos del recurso de apelación y la Audiencia Justa Estatal.

El Procedimiento Para Las Quejas va a:

- Involucrar procedimientos sencillos y fáciles de entender los cuales permitirán que presente su queja o oralmente o por escrito.
- No contará en contra de usted, ni en contra de su

proveedor de ninguna manera.

- Permitirle autorizar a otra persona que actúe por usted, como su proveedor de servicios. Si autoriza que otra persona actúe por usted, el Plan Municipal podrá pedir que usted firme una forma para autorizar al plan liberar información a esta persona.
- Asegúrese que las personas quienes toman las decisiones tengan las calificaciones para poder hacerlo y que no estén involucrados en cualesquier niveles previos de estudiar su caso o tomar decisiones.
- Identificar los papeles y las responsabilidades de usted, su Plan Municipal y su proveedor.
- Resolver la queja dentro del plazo requerido.

¿Cuándo Puedo Someter Una Queja?

Podrá someter una queja con el Plan Municipal en cualquier ocasión si no está a gusto con los servicios de tratamiento por una SUD que recibe del Plan Municipal o tiene otra preocupación tocante al Plan Municipal.

¿Cómo Puedo Someter Una Queja?

Podrá llamar al número gratuito del Plan Municipal para obtener ayuda con una queja. El condado le proporcionará con sobres con nombre y dirección del remitente en las instalaciones de todos los proveedores para su uso en mandar la queja. Se podrán someter las quejas o oralmente o por escrito. No tiene que mandar una queja por correo después de someter la queja oral.

¿Cómo Sé Si Mi Plan Haya Recibido Mi Queja?

Su Plan Municipal le avisará si haya recibido su queja por mandarle una constancia por escrito.

¿Cuándo Van A Decidir Sobre Mi Queja?

El Plan Municipal debe tomar una decisión sobre su queja dentro de 90 días de calendario a partir del día que haya sometido la queja. Los plazos se podrán extender por hasta 14 días si usted pide una extensión o si el Plan Municipal opina que existe una necesidad de recibir información adicional y que la demora le convenga a usted. Un ejemplo de cuando una demora pudiera beneficiarle a usted es cuando el condado opina que pudiera resolver su queja si el Plan Municipal tuviera un poco más tiempo para recibir información de usted u otra gente involucrada.

¿Cómo Sé Si El Plan Municipal Haya Tomado Una Decisión Sobre Mi Queja?

Cuando hayan tomado una decisión tocante a su queja, el Plan Municipal le notificará a usted o a su representante por escrito de la decisión. Si el Plan Municipal incumple en notificarle a usted o a cualesquier de las partes afectadas de la decisión a tiempo, luego el Plan Municipal le proveerá con una Notificación de una Determinación Adversa sobre los Beneficios, la cual le aconsejará de su derecho de pedir una Audiencia Justa Estatal. Su Plan Municipal le proveerá con una Notificación de una Determinación Adversa sobre los Beneficios

la fecha en la cual termina el plazo.

¿Hay Una Fecha Tope Para Someter Una Queja?

Se le permite someter un queja a la hora que fuera.

EL PROCEDIMIENTO DEL RECURSO DE LA APELACIÓN (Estándar y Expedita)

Su Plan Municipal tiene la responsabilidad de permitir que pida una revisión de una decisión tomada sobre sus servicios de tratamiento SUD o por el plan o sus proveedores. Hay dos maneras de pedir la revisión. Una manera de hacerlo es por medio del proceso estándar del recurso de las apelaciones. La segunda manera es por medio del uso del recurso expedito de las apelaciones. Las dos formas de apelación son parecidas; de todos modos, existen exigencias específicas para que califique para la apelación expedita. Las exigencias específicas se explican a continuación.

¿De Qué Se Trata Con Una Apelación Estándar?

Una apelación estándar es una solicitud para que revisen un problema que tiene o con su plan o con el proveedor que tiene que ver con una denegación de o cambios en servicios, los cuales usted opina que necesita. Si pide una apelación estándar, el Plan Municipal podrá tomar hasta 30 días de calendario para revisarla. Si opina que esperar 30 días de calendario va a poner su salud en riesgo, debiera de pedir una

apelación expedita.

El recurso estándar de apelación:

- Permitirá que someta una apelación en propia persona, por teléfono o por escrito. Si somete su apelación en propia persona o por teléfono, debe someter después una apelación por escrito firmada. Podrá obtener ayuda con escribir la apelación. Si no hace el seguimiento con una apelación escrita y firmada, no se resolverá su apelación. De todos modos, la fecha cuando haya sometido la apelación oral es la fecha de presentación.
- La presentación de una apelación no contará en contra de usted, ni en contra de su proveedor de ninguna manera.
- Permitirle autorizar a otra persona que actúe por usted, como su proveedor de servicios. Si autoriza que otra persona actúe por usted, el plan podrá pedir que usted firme una forma para autorizar al plan liberar información a esta persona.
- Causar que siga recibiendo los beneficios al pedir una apelación dentro del plazo, el cual es dentro de 10 días de calendario a partir de la fecha del matasellos de su Notificación de una Determinación Adversa sobre los Beneficios, o de la fecha cuando le entregaron la notificación en propia persona. Mientras que siga la apelación, no tiene que pagar por seguir con los servicios. Si pide seguir recibiendo los beneficios y la decisión definitiva de la apelación confirma la decisión de o reducir o discontinuar los servicios que está recibiendo, podrán exigir que pague los costos de los servicios que recibió mientras estaba pendiente el recurso de apelación;

- Asegúrese que las personas quienes toman las decisiones tengan las calificaciones para poder hacerlo y que no estén involucrados en cualesquier niveles previos de estudiar su caso o tomar decisiones.
- Permitir que o usted o su representante examine los archivos para su caso, incluyendo su historial médico y cualesquier otros documentos o historiales que fueron estudiados durante el proceso de la apelación, antes y durante el proceso de la apelación.
- Permitirle una oportunidad razonable de presentar prueba y alegatos de hecho o de ley, en propia persona o por escrito.
- Permitirle a usted, su representante o el representante legal de la hacienda de una persona difunta se incluyan como partes en la apelación.
- Dejarle saber que están estudiando su recurso de apelación por medio de mandar una constancia por escrito.
- Avisarle de su derecho de pedir una Audiencia Justa Estatal, después de que termine el procedimiento del recurso de apelación.

¿Cuándo Puedo Someter Una Apelación?

Podrá someter una apelación con el plan municipal DMC-ODS:

- Si su condado o uno de los proveedores contratados por el condado decide que usted no califica para recibir servicios Medi-Cal SUD de tratamiento porque no reúne los requisitos de la necesidad médica.

- Si su proveedor opina que necesita un servicio SUD y pide la aprobación del Plan Municipal, pero el Plan Municipal no está de acuerdo y niega lo pedido por su proveedor o cambia la frecuencia del servicio.
- Si su proveedor ha pedido la aprobación del Plan Municipal, pero el Plan Municipal necesita más información para tomar la decisión y no completa el proceso de la aprobación a tiempo.
- Si su Plan Municipal no le proporciona los servicios a usted dentro de los plazos arreglados por el Plan Municipal.
- Si no opina que el Plan Municipal le esté dando los servicios con bastante prontitud para cumplir con sus necesidades.
- Si su queja, recurso de apelación o apelación expedita no se resolvió a tiempo.
- Si usted y su proveedor no están de acuerdo sobre los servicios SUD que necesita.

¿Cómo Puedo Someter Una Apelación?

Podrá llamar al número gratuito del Plan Municipal para obtener ayuda con someter una apelación. El condado le proporcionará con sobres con nombre y dirección del remitente en las instalaciones de todos los proveedores para su uso en mandar la apelación.

¿Cómo Sé Si Hayan Decidido Mi Apelación?

El plan DMC-ODS de su condado notificará o a usted o a su

representante por escrito sobre su decisión sobre su apelación. La notificación contendrá la siguiente información:

- Los resultados del proceso par resolver la apelación.
- La fecha en la cual tomaron la decisión sobre la apelación.
- Si la apelación no se resolvió completamente a su favor, la notificación también contendrá información tocante a su derecho de tener una Audiencia Justa Estatal y los procedimientos para solicitar una Audiencia Justa Estatal.

¿Hay Una Fecha Tope Para Someter Una Apelación?

Debe someter la petición para una apelación dentro de 60 días de la fecha de la Notificación Adversa Tocante a los Beneficios. Mantenga presente que no siempre recibirá una Notificación de una Determinación Adversa Sobre los Beneficios. Cuando no recibe una Notificación de una Determinación Adversa sobre los Beneficios, no hay fecha de tope para someter una apelación; así que podrá someter esta clase de apelación cuando sea.

¿Cuándo Tomarán Una Decisión Sobre Mi Apelación?

El Plan Municipal debe tomar la decisión sobre su apelación dentro de 30 días de calendario a partir de la fecha cuando el Plan Municipal reciba su solicitud para la apelación. Los plazos se podrán extender por hasta 14 días si usted pide una extensión o si el Plan Municipal opina que existe una necesidad de recibir información adicional y que la demora le convenga a usted. Un ejemplo de cuando una demora pudiera beneficiarle a usted es cuando el condado opina que pudiera

resolver su queja si el Plan Municipal tuviera un poco más tiempo para recibir información de usted o de su proveedor.

¿Qué Tal Si No Puedo Esperar 30 Días Para La Decisión Sobre Mi Apelación?

El proceso de la apelación podrá ser más rápida si califica para el proceso de las apelaciones expeditas.

¿De Qué Se Trata Con Una Apelación Expedita?

Una apelación expedita es una manera más rápida de decidir una apelación. El proceso de la apelación expedita sigue un procedimiento parecido al procedimiento estándar de apelaciones. De todos modos,

- Su apelación debe reunir ciertos requisitos.
- El procedimiento de las apelaciones expeditas, también, tiene días de tope que se diferencian con las apelaciones estándar.
- Podrá someter una solicitud oral para una apelación expedita. No se exige que entregue la solicitud por una apelación expedita por escrito.

¿Cuándo Puedo Someter Una Apelación Expedita?

Si usted opina que el esperar hasta 30 días de calendario para la decisión sobre una apelación estándar pudiera poner a riesgo su vida, salud o su habilidad de obtener, mantener o recuperar su funcionamiento máximo, podrá pedir una resolución expedita de una apelación. Si el Plan Municipal está de acuerdo

que su recurso de apelación reúne los requisitos de una apelación expedita, su condado resolverá su apelación expedita dentro de 72 horas de haber recibido el Plan Municipal la apelación. Los plazos se podrán extender por hasta 14 días si usted pide una extensión o si el Plan Municipal opina que existe una necesidad de recibir información adicional y que la demora le convenga a usted. Si su Plan Municipal extiende el plazo, el plan le entregará una explicación por escrito sobre por qué se extendió el plazo.

Si el Plan Municipal decide que su apelación no califica para una apelación expedita, el Plan Municipal debe tomar los esfuerzos razonables para darle una notificación oral con prontitud y le notificará por escrito dentro de 2 días de calendario y le dará las razones por la decisión. En este caso, su apelación tendrá los mismos plazos de tiempo explicados anteriormente en esta sección para la apelación estándar. Si no está de acuerdo con la decisión del condado que su apelación no reúne los requisitos para la apelación expedita, podrá someter una queja.

Una vez que su Plan Municipal resuelva su apelación expedita, el plan le notificará a usted y a todas las partes afectadas oralmente y por escrito.

EL PROCEDIMIENTO DE LA AUDIENCIA ESTATAL JUSTA

¿De Qué Se Trata Con Una Audiencia Estatal Justa?

Una Audiencia Estatal Justa es una revisión independiente por el Departamento de Servicios Sociales de California para asegurar de que reciba los servicios de tratamiento por SUD, a los cuales tiene derecho bajo el programa de Medi-Cal.

¿Cuáles Son Mis Derechos Para La Audiencia Estatal Justa?

Tiene el derecho de:

- Tener una audiencia ante el Departamento de Servicios de California (también denominada una Audiencia Estatal Justa).
- Que le expliquen cómo pedir la Audiencia Estatal Justa.
- Que le expliquen las reglas que gobiernan su representación para la Audiencia Estatal Justa.
- De seguir recibiendo sus beneficios, al pedirlo usted, durante el proceso de la Audiencia Estatal Justa con tal de que pide una Audiencia Estatal Justa dentro de los plazos de tiempo.

¿Cuándo Puedo Someter Una Solicitud Para Obtener Una Audiencia Estatal Justa?

Puede someter una Solicitud para obtener una Audiencia Estatal Justa:

- Si ya haya completado el proceso de la apelación del Plan Municipal.
- Si su condado o uno de los proveedores contratados por el condado decide que usted no califica para recibir servicios Medi-Cal SUD de tratamiento porque no reúne

los requisitos de la necesidad médica.

- Si su proveedor opina que necesita un servicio SUD y pide la aprobación del Plan Municipal, pero el Plan Municipal no está de acuerdo y niega lo pedido por su proveedor o cambia el tipo o la frecuencia del servicio.
- Si su proveedor ha pedido la aprobación del Plan Municipal, pero el Plan Municipal necesita más información para tomar la decisión y no completa el proceso de la aprobación a tiempo.
- Si su Plan Municipal no le proporciona los servicios a usted dentro de los plazos arreglados por el Plan Municipal.
- Si no opina que el Plan Municipal le esté dando los servicios con bastante prontitud para cumplir con sus necesidades.
- Si su queja, recurso de apelación o apelación expedita no se resolvió a tiempo.
- Si usted y su proveedor no están de acuerdo sobre los servicios SUD que necesita.

¿Cómo Pido Una Audiencia Justa Estatal?

Podrá solicitar una Audiencia Justa Estatal directamente del Departamento de Servicios Sociales de California. Podrá solicitar una Audiencia Justa Estatal por escribir a:

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

También podrá comunicarse al 1-800-952-8349 o para TDD 1-800-952-8349.

¿Hay Un Día De Tope Para Solicitar Una Audiencia Estatal Justa?

Tiene solamente 120 días de calendario para pedir la Audiencia Estatal Justa. Los 120 días empiezan o el día después de que el Plan Municipal le haya entregado en propia persona su decisión sobre la apelación o el día después de la fecha del matasellos de la notificación de la decisión de la apelación al condado.

Si no recibió ninguna Notificación de una Determinación Adversa sobre los Beneficios, podrá someter la solicitud para una Audiencia Justa Estatal cuando sea.

¿Puedo Seguir Recibiendo Servicios Mientras Espero La Decisión de Una Audiencia Estatal Justa?

Sí, si actualmente está recibiendo tratamiento y quiere seguir recibiendo tratamiento mientras siga la apelación, debe pedir una Audiencia Justa Estatal dentro de 10 días a partir de la fecha del matasellos de la notificación de la decisión de la apelación, o en el cual le entregaron la notificación O antes de la fecha en la cual el Plan Municipal dice que van a parar o reducir los servicios. Cuando pide la Audiencia Justa Estatal debe decir que quiere seguir recibiendo su tratamiento. También, no tendrá que pagar por los servicios recibidos mientras la Audiencia Justa Estatal esté pendiente.

Si pide seguir recibiendo los beneficios y la decisión definitiva de la apelación confirma la decisión de o reducir o discontinuar los servicios que está recibiendo, podrán exigir que pague los costos de los servicios que recibió mientras estaba pendiente el recurso de apelación.

¿Qué Tal Si No Puedo Esperar 90 Días Para Mi Audiencia Estatal Justa?

Podrá pedir una audiencia expedita (con más rapidez) de la audiencia Justa Estatal si opina que el plazo de 90 días de calendario vaya a causar problemas graves con su salud. Esto incluye problemas con su habilidad de alcanzar, mantener o recuperar funciones importantes de la vida. El Departamento de Servicios Sociales, División de Audiencias Estatales revisará su solicitud para tener una Audiencia Justa Estatal expedita y decidirá si califica. Si se aprueba su solicitud por una audiencia expedita se apruebe, se llevará una audiencia y se expedirá una decisión dentro de 3 días hábiles de la fecha que su solicitud haya sido recibida por la División de Audiencias Estatales.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL PROGRAMA DE MEDICAL DEL ESTADO DE CALIFORNIA.

¿Quién Podrá Recibir Medi-Cal?

Podrá calificar para recibir Medi-Cal si usted es un miembro de

uno de estos grupos:

- 65 años de edad o mayor
- Menor de 21 años de edad
- Un adulto ente las edades de 21 y 85 años de edad, basado en elegibilidad por su ingreso
- O Ciego o discapacitado
- Está embarazado
- Ciertos refugiados o inmigrantes de Cuba o Haití
- Recibe cuidados en un asilo

Debe vivir en California para calificar para Medi-Cal. Llame o visite su oficina municipal de servicios sociales para pedir una solicitud por Medi-Cal o obtenga la solicitud en la red mundial a

<http://www.dhcs.ca.gov/services/medical/pages/MediCalApplications.aspx>

¿Tengo Que Pagar Por Medi-Cal?

Podrá tener que pagar por Medi-Cal; se basa en la cantidad de dinero que gane o reciba cada mes.

- Si su ingreso es menos de los límites de Medi-Cal para el número de miembros de su familia, no tendrá que pagar por los servicios Medi-Cal.
- Si su ingreso es más de los límites de Medi-Cal para el número de miembros de su familia, tendrá que pagar algo por los servicios médicos o de tratamiento SUD. La cantidad que paga se llama su parte del costo. Una vez que haya pagado su parte del costo, Medi-Cal le pagará el resto de sus cuentas médicas cubiertas para este mes.

Durante los meses que no tiene costos médicas, no tiene que pagar nada.

- Podrá tener que pagar un copago por cualquier tratamiento bajo Medi-Cal. Esto significa que paga una cantidad de su bolsa cada vez que recibe un servicio médico o SUD de tratamiento o una droga recetada y un copago si va al cuarto de emergencia para recibir sus servicios usuales.

Su proveedor le dirá si necesita pagar un copago.

¿Cubre Medi-Cal Transportación?

Si tiene problemas con llegar a sus citas médicas o citas de tratamiento por las drogas o el alcohol, el programa Medi-Cal podrá ayudarle con encontrar transporte.

- Para los niños, el programa municipal de la Salud Infantil y la Prevención de la Discapacidad (CHDP) podrá ayudar. También, a lo mejor, querrá comunicarse con su plan de salud administrada: CHWP – 877-658-0305, Anthem – 800-407-4627, Kaiser – 800-464-4000. Necesita saber que los números de teléfono de los planes de salud administrada podrán cambiarse de vez en cuando; estudie su tarjeta de membresía. También podrá obtener información en la red mundial por visitar a www.dhcs.ca.gov, y luego hacer clic en ‘Services’ y luego ‘Medi-Cal.’
- Para los adultos, favor de comunicarse con su plan de salud administrada: CHWP – 877-658-0305, Anthem – 800-407-4627, Kaiser – 800-464-4000. Necesita saber que los números de teléfono de los planes de salud

administrada podrán cambiarse de vez en cuando; estudie su tarjeta de membresía. También podrá obtener información en la red mundial por visitar a www.dhcs.ca.gov, y luego hacer clic en 'Services' y luego 'Medi-Cal.'

- Si está inscrito con un Plan de Salud Administrada (MCP) por Medi-Cal, se exige que el MCP ayude con el transporte según lo previsto por la Sección 14132 (ad) del Código de Bienestar e Instituciones. Los servicios de transporte están disponibles para todas las necesidades de servicio, inclusive las necesidades no incluidas en el programa DMC-ODS.

LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

¿Cuáles Son Mis Derechos Como un Recipiente de Servicios DMC-ODS?

Como una persona elegible para recibir Medi-Cal y que vive en un condado del programa de piloto del DMC-ODS, usted tiene el derecho de recibir servicios medicamente necesarios por SUD del Plan Municipal Tiene el derecho de:

- Que lo traten con respeto, dando la consideración debida a su derecho a la privacidad y la necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica.
- Recibir la información sobre las opciones de tratamiento disponibles y alternativas presentada en una manera apropiada a la condición del Miembro y su habilidad de entender.
- Participar en tomar decisiones tocante a sus cuidados SUD.

Esto incluye el derecho de rehusar tratamiento.

- Recibir acceso oportuno a los cuidados, inclusive los servicios disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana, cuando sean medicamente necesarios para tratar una condición de emergencia o con condición urgente o de una crisis.
- Recibir la información de esta guía sobre los servicios de tratamiento por SUD cubiertos por el condado por medio del plan DMC-ODS, otras obligaciones del Plan Municipal y sus derechos según como se explican aquí.
- Que protejan su información confidencial de salud.
- De pedir y recibir una copia de sus documentos médicos y de pedir que sean enmendados o corregidos según lo exigido por 45 CFR §164.524 y 164.526.
- De recibir materiales escritas en formatos alternativos (esto incluye braille, letra grande y un formato audio) al pedirlo y a tiempo de una forma apropiada para el formato que está pidiendo.
- De recibir los servicios de interpretación oral para su lenguaje de preferencia.
- De recibir servicios de tratamiento por SUD de un Plan Municipal que cumple con las exigencias de su contrato con el Estado en lo relacionado con la disponibilidad de los servicios, la aseguranza de la capacidad adecuada y servicios adecuados, coordinación y continuidad y la autorización de los servicios.
- Acceso a los Servicios de Consentimiento de los Menores, si usted es un menor de edad.
- Acceso a los servicios medicamente necesarios afuera de la red, en un plazo razonable si el plan no tiene un empleado o proveedor contratado quien podrá entregar

los servicios. Un proveedor fuera de la red significa un proveedor quien no aparece en la lista de los proveedores del Plan Municipal. El condado debe asegurarse de que no tenga usted que pagar algo adicional por consultar con un proveedor de fuera de la red. Podrá comunicarse con servicios para la membresía al 888-886-5401 para obtener información sobre cómo recibir servicios de un proveedor de fuera de la red.

- De pedir una segunda opinión de un profesional calificado de cuidados de salud dentro de la red municipal o de afuera de la red si costo adicional para usted.
- De someter quejas o oralmente o por escrito, sobre la organización o los servicios recibidos.
- De pedir una apelación u oralmente o por escrito, al recibir una notificación de una determinación adversa sobre los beneficios.
- De pedir una audiencia justa estatal de Medi-Cal. Esto incluye la información sobre las circunstancias bajo las cuales es posible tener la audiencia expedita.
- De estar libre de toda forma de restricción o confinamiento usado como una forma de coacción, disciplina, conveniencia o venganza.
- De estar libre para gozar de estos derechos sin que le afecte de una manera adversa en cómo lo tratan el Plan Municipal, los proveedores o el Estado.

¿Cuáles Son Mis Responsabilidades Como un Recipiente de Servicios DMC-ODS?31?

Como recipiente de los servicios DMC-ODS, es su responsabilidad:

- Leer cuidadosamente los materiales informativos que haya recibido del Plan Municipal. Estos materiales le ayudarán en entender cuáles servicios están disponibles y cómo obtener tratamiento si lo necesita.
- Asista a las sesiones de tratamiento según el horario. Tendrá los mejores resultados si cumple con su plan de tratamiento. Si no puede guardar una cita, llame a su proveedor con, por lo menos, 24 horas de antelación y haga una cita para otro día y otra hora.
- Siempre lleve consigo su tarjeta de identificación Medi-Cal (Plan Municipal) y una identificación con fotografía al presentarse para el tratamiento.
- Avise a su proveedor si necesita un intérprete antes de la cita.
- Cuénteles al proveedor todas sus preocupaciones médicas para que su plan sea lo correcto- Entre más información sobre sus necesidades que comparta, más éxito tendrá con su tratamiento.
- Asegúrese de preguntar a su proveedor cualesquier preguntas que tenga. Es muy importante que entienda a fondo su plan de tratamiento y toda la información adicional que reciba durante su tratamiento.
- Cumpla con el plan de tratamiento sobre el cual se han puesto de acuerdo usted y su proveedor.
- Esté dispuesto a construir una estrecha relación con el proveedor quien le está dando los tratamientos.
- Comuníquese con el Plan Municipal si tiene cualesquier preguntas sobre sus servicios o si tiene cualesquier

- problemas con su proveedor que no puede resolver.
- Dígale al proveedor y al Plan Municipal si tiene cualesquier cambios en su información personal. Esto incluye su dirección, número de teléfono y otra información médica que pudiera afectar su habilidad de participar en el tratamiento.
 - Trate al personal que le provee el tratamiento con cortesía y respeto.
 - Si sospecha fraude o mala conducta, levante un informe. 530-886-2925.

EL DIRECTORIO DE PROVEEDORES

<https://www.placer.ca.gov/departments/hhs/adult/substance-use-services>

SOLICITUD DE TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN

¿Cuándo Puedo Solicitar Quedarme Con Mi Proveedor Anterior, Quien Ya Está Fuera De La Red?

- Después de unirse con el Plan Municipal podrá pedir mantenerse con el proveedor de fuera de la red, con tal de que:
- Cambiarse a un proveedor nuevo resultaría en un detrimento grave a su salud o aumentaría su riesgo de la hospitalización o la institucionalización; y
- Estaba recibiendo tratamiento del proveedor de

fuera de la red antes de la fecha de su transición al Plan Municipal.

¿Cómo Solicito Quedarme Con Mi Proveedor Fuera de La Red?

- Usted, sus representantes autorizados o su proveedor actual podrán someter una solicitud por escrito al Plan Municipal. También, podrá comunicarse con servicios para la membresía al 888-886-5401 para obtener información sobre cómo recibir servicios de un proveedor de fuera de la red.
- El Plan Municipal mandará una confirmación de haber recibido su solicitud y empezará a procesar su solicitud dentro de tres (3) días hábiles.

¿Qué Pasará Si Siguiera Consultando Con Mi Proveedor Fuera De La Red Después de Mi Transición al Plan Municipal?

- Podrá pedir una solicitud por una transición retroactiva de cuidados dentro de treinta (30) días de haber recibido servicios del proveedor de servicios fuera de la red.

¿Por qué Denegaría El Plan Municipal Mi Solicitud Para La Transición de Cuidado?

- El Plan Municipal podrá negar su solicitud de retener su proveedor anterior quien actualmente está fuera de la red, si:
 - El Plan Municipal tiene cuestiones documentadas de la calidad de los cuidados del proveedor

¿Qué Pasa Si Niegan Mi Solicitud Para La Transición de Mi Cuidado?

- Si el Plan Municipal niega su transición de cuidado va a:
 - Notificarle por escrito;
 - Ofrecerle por lo menos un proveedor alternativo de la red quien ofrece el mismo nivel de servicios como el proveedor fuera de la red;
 - Informarle de su derecho de someter una queja si no está de acuerdo con la denegación.
- Si el Plan Municipal le ofrece múltiples alternativas de proveedor y no escoge, el Plan Municipal lo mandará con o le asignará un proveedor de la red y le notificará de esa referencia o asignación por escrito.

¿Qué Pasa Si Otorgan Mi Solicitud Para La Transición de Mi Cuidado?

- Dentro de siete (7) días de la aprobación de su solicitud por la transición de sus cuidados, el Plan Municipal le proporcionara con:
 - La aprobación de la solicitud;
 - La duración del arreglo de la transición de cuidados;
 - El proceso que ocurrirá para cambiar sus cuidados al fin del período de la continuidad de cuidados; y
 - Su derecho de escoger otro proveedor de la red de proveedores del Plan Municipal en cualquier ocasión.

¿Con Qué Tanta Rapidez Procesarán Mi Solicitud Para La Transición de Mi Cuidado?

- El Plan Municipal habrá completado su revisión de su

solicitud para la transición de cuidados dentro de treinta (30) días de calendario de la fecha cuando el Plan Municipal recibió su solicitud.

¿Qué Pasa Al Fin De Mi Transición De Cuidado?

- El Plan Municipal le notificará por escrito treinta (30) días antes del fin del período de la transición de cuidados sobre el proceso que ocurrirá para cambiar sus cuidados a un proveedor de la red cuando termine el período de la transición de cuidados.

