



VENTURA COUNTY

BEHAVIORAL HEALTH

**Condado de Ventura
Sistema Organizado de Entrega de
Drug Medi-Cal
(DMC-ODS) (por sus iniciales de abreviación en
inglés)**

Manual Para Miembros

Abril 2020

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-385-9200 (TTY: 1-800-735-2929).

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 1-844-385-9200 (TTY: 1-800-735-2929).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-385-9200 (TTY: 1-800-735-2929).

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 1-844-385-9200 (TTY: 1-800-735-2929).

Tagalog (Tagalog/Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-385-9200 (TTY: 1-800-735-2929).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-844-385-9200 (TTY: 1-800-735-2929) 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 1-844-385-9200 (TTY: 1-800-735-2929)。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-844-385-9200 (TTY (հեռատիպ)՝ 1-800-735-2929):

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-844-385-9200 (телетайп: 1-800-735-2929).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-844-385-9200 (TTY: 1-800-735-2929) تماس بگیرید

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。1-844-385-9200 (TTY: 1-800-735-2929) まで、お電話にてご連絡ください。

Hoof (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-844-385-9200 (TTY: 1-800-735-2929).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-844-385-9200 (TTY: 1-800-735-2929) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

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

بالمجان. اتصل برقم 1-844-385-9200 (TTY: 1-800-735-2929)

رقم هاتف الصم والبكم

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-844-385-9200 (TTY: 1-800-735-2929) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรียน:

ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี
โทร 1-844-385-9200 (TTY: 1-800-735-2929).

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន៖ អរ សើ ិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ ,
រសវាជំនួយមននកភាសា រោយមិនគិត ្នួន
គឺអាចមានសំរា ំ ំរ អុើ នក។ ចូ ទូ ស័ព្ទ 1-844-385-9200
(TTY: 1-800-735-2929)។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ,
ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ,
ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-844-385-9200 (TTY:
1-800-735-2929).

ÍNDICE

INFORMACIÓN GENERAL	6
SERVICIOS	10
CÓMO OBTENER SERVICIOS DE DMC-ODS	14
NECESIDAD MÉDICA	16
CÓMO SELECCIONAR UN PROVEEDOR	17
AVISO DE DETERMINACIÓN NEGATIVA DE BENEFICIO	18
PROCESOS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	20
EL PROCESO DE QUEJA	21
EL PROCESO DE APELACIÓN (Estándar y Acelerado)	23
EL PROCESO DE AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL	26
INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL PROGRAMA MEDI-CAL DEL ESTADO DE CALIFORNIA	28
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE MIEMBROS	30
DIRECTORIO DE PROVEEDORES	32
TRANSICIÓN DE LA SOLICITUD DE CUIDADO	32

INFORMACIÓN GENERAL

Servicios de Emergencia

Los servicios de emergencia están cubiertos las 24 horas al día, 7 días a la semana. Si Usted piensa que está teniendo una emergencia relacionada con la salud, llame al 911 o vaya a obtener ayuda a la sala de emergencia más cercana.

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

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

- Poner su salud en grave peligro, o
- Si está embarazada, poner su salud o la salud de su bebé no nacido en grave peligro,
- Causar un daño grave a la forma en que funciona su cuerpo, o
- Causar un daño grave a algún órgano o parte del cuerpo.

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

¿A quién debo contactar si estoy teniendo pensamientos suicidas?

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

Para los residentes locales que buscan asistencia en una crisis y para acceder a los programas locales de salud mental, llame al 1-866-998-2243.

¿Por qué es importante leer este Manual?

Es importante que usted entienda cómo funcionan el Sistema Organizado de Entrega de Drug Medi-Cal (DMC-ODS por sus iniciales de abreviación en inglés) y el programa de Servicios de Tratamiento del Trastorno por Consumo de Sustancias del Condado de Ventura, para poder recibir la atención que necesita. Este manual explica sus beneficios y cómo recibir atención. También responderá a muchas de sus preguntas.

Usted aprenderá:

- Cómo recibir servicios de tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD por sus iniciales de abreviación en inglés) a través del plan DMC-ODS de su condado
- A qué beneficios puede usted acceder

- Qué hacer si tiene alguna pregunta o problema
- Sus derechos y responsabilidades como miembro del plan DMC-ODS de su condado

Si no lee este manual ahora, debe conservarlo para que pueda leerlo después. Utilice este manual como complemento al manual para miembros que recibió al inscribirse en su plan actual de beneficios de Medi-Cal. Esto podría ser con un plan de atención médica administrada de Medi-Cal o con el programa regular de “Cobro por Servicio” de Medi-Cal.

Usted, Como Miembro De Su Plan De DMC-ODS Del Condado De Ventura, Nosotros, Como Su Plan Del Condado De Ventura Somos Responsables De:

- Determinaremos qué tipo de servicios para trastornos por consumo de sustancias necesita usted, y le ayudaremos a obtenerlos
- Nos aseguraremos de que recibe servicios en un entorno seguro
- Proporcionaremos atención competente cultural y lingüísticamente
- Proporcionaremos un número de teléfono gratuito, (844) 385-9200, con respuesta 24 horas al día y 7 días a la semana, que puede responder a sus preguntas sobre cómo obtener servicios conforme a este plan. También puede comunicarse con el Plan del Condado a este número para solicitar disponibilidad de cuidado fuera del horario de atención.
- Tener suficientes proveedores para asegurarse de que pueda obtener los servicios de tratamiento SUD cubiertos por el Plan del Condado si los necesita.
- Informarle y educarlo sobre los servicios disponibles de su Plan del Condado.
- Brindarle servicios en su idioma o por un intérprete (si es necesario) sin cargo y para informarle que estos servicios de intérprete están disponibles.
- Brindarle información escrita sobre lo que está disponible para usted en otros idiomas o formatos. El idioma de umbral del Condado de Ventura es el español. Además de la información escrita, el folleto del cliente y la información sobre cómo recibir servicios especializados de salud mental también están disponibles en formato CD en inglés y español.
- Brindarle aviso de cualquier cambio significativo en la información especificada en este manual al menos 30 días antes de la fecha de vigencia prevista del cambio. Un cambio se consideraría significativo cuando hay un aumento o una disminución en la cantidad o el tipo de servicios que están disponibles, o si hay un aumento o disminución en el número de proveedores en su plan de beneficios, o si hay algún otro cambio que pueda afectar los beneficios que recibe a través del Plan del Condado.
- Informarle si un proveedor contratado se niega a realizar o apoyar cualquier servicio que está cubierto debido a objeciones morales, éticas o religiosas e informarle sobre proveedores alternativos que sí ofrecen el servicio que está cubierto.
- Asegurarse de que tenga acceso continuo a su proveedor anterior, y ahora, a proveedores no incluidos (fuera de la Red) en su plan de beneficios, durante un período de tiempo si el cambio de proveedor causaría que su salud sufriera o aumentara su riesgo de hospitalización.

Números de Teléfono Importantes

Servicios SUD (por sus iniciales) del Condado de Ventura	(844) 385-9200 24 horas/7 días
Plan de Salud Mental del Condado de Ventura	(866) 998-2243
Equipo de Crisis del Condado de Ventura	(866) 998-2243 24 horas/7 días
Defensor de los Derechos del Paciente	(805) 477-5731
Línea de Quejas/Apelaciones	(888) 567-2122
Emergencia	911

Información para miembros que necesitan materiales en otro idioma

El idioma de umbral en el Condado de Ventura es el español. Además del español, podemos prestar ayuda con la mayoría de los idiomas, como farsi, tagalo, vietnamita, chino, etc. También hay disponible interpretación a la lengua de signos norteamericana. Además, este folleto está disponible también en formato impreso, y en formato de CD de audio tanto en inglés como en español.

Información para miembros que tienen problemas para leer

Para las personas que necesitan ayuda para leer, está disponible un archivo en CD de audio, que puede obtenerse llamando al Plan del Condado al (844) 385-9200.

Información para miembros que tienen una discapacidad auditiva

Puede obtenerse acceso para personas sordas o con problemas de audición o de habla utilizando el Servicio de Retransmisión de California, en el 1-800-855-7100 (TTY). Para acceder al Servicio de Retransmisión de California en español, llame al 1-800-855-7200.

Información para miembros que tienen una discapacidad visual

Acceso para personas que tienen una discapacidad visual: Este manual, así como otros materiales informativos acerca del Plan del Condado, están disponibles en letra grande para personas con discapacidad de la vista o en formato de audio. Contacte al Plan del Condado si necesita ayuda, llamando al (844) 385-9200.

Aviso sobre Prácticas de Privacidad

Por ley, sus servicios y registros de Tratamiento por Consumo de Sustancias están protegidos y se tratarán confidencialmente. Su proveedor no puede transmitir a nadie fuera del departamento de Ventura County Behavioral Health ninguna información clínica que usted proporcione al Condado de Ventura, a menos que usted lo autorice por escrito o un tribunal lo considere aceptable.

¿A quién contacto si siento que fui discriminado?

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

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades, tales como:
 - o Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - o Información escrita en otros formatos (braille, letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como, por ejemplo:
 - o Intérpretes orales calificados
 - o Información en idiomas de umbral

Si necesita estos servicios, comuníquese con su plan del condado.

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

Defensor de los Derechos del Paciente: (805) 477-5731

Ventura County Quality Management Dept. Línea de Quejas y Apelaciones: (888)-567-2122

Ventura County Behavioral Health Quality Management Department
1911 Williams Drive, Suite 210
Oxnard, California 93036

Número de TTY/TDD 1-800-735-2929

Número de Fax 1 (805) 973-5190

Correo Electrónico: QM.UR@ventura.org

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el departamento de Ventura County Behavioral Health Quality Management Línea de Quejas y Apelaciones: (888) -567-2122 está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles electrónicamente con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina para Derechos Civiles a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>.

Puede presentar una queja de derechos civiles por correo o teléfono en:

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)

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

SERVICIOS

¿Qué son los Servicios de DMC-ODS? (Sistema Organizado de Entrega de Drug Medi-Cal (DMC-ODS) por sus iniciales de abreviación en inglés)

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

Los servicios de DMC-ODS incluyen:

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

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

- **Servicios para Pacientes Externos**
 - Se proporcionan servicios de consejería a los miembros, hasta 9 horas por semana para adultos y menos de 6 horas por semana para adolescentes, cuando se determina que existe necesidad médica de acuerdo con el plan individualizado del cliente. Los servicios pueden ser prestados por un profesional autorizado o por un consejero certificado en cualquier lugar adecuado de la comunidad.
 - Los servicios para pacientes externos incluyen inscripción y evaluación, planificación del tratamiento, consejería individual, consejería de grupo, terapia familiar, servicios colaterales, servicios informativos para miembros, servicios de medicamentos, servicios de intervención en caso de crisis y planificación del alta.
 - La elegibilidad para servicios se basa en la necesidad médica; además, el nivel de atención, duración de la estancia y diagnóstico recibido se basan en la valoración con base en los criterios de la Sociedad Norteamericana de Medicina contra la

Adicción (ASAM, por sus iniciales de abreviación en inglés), su historial médico y una entrevista personal.

- **Tratamiento Intensivo para Pacientes Externos**
 - Los servicios de tratamiento intensivo para pacientes externos se proporcionan a los miembros (un mínimo de 9 horas con un máximo de 19 horas por semana para adultos, y un mínimo de 6 horas con un máximo de 19 horas por semana para adolescentes) cuando se determina una necesidad médica de acuerdo con el plan individualizado del cliente. Los servicios consisten principalmente en consejería y servicios informativos sobre los problemas relacionados con las adicciones. Los servicios pueden ser prestados por un consejero certificado en cualquier lugar adecuado de la comunidad.
 - Los servicios de Tratamiento Intensivo para Pacientes Externos tienen componentes parecidos a los de los Servicios para Pacientes Externos. La principal diferencia es el mayor número de horas de servicio que se reciben en los Servicios de Tratamiento Intensivo para Pacientes Externos.

- **Tratamiento Residencial** (sujeto a autorización previa por parte del condado)
 - El tratamiento residencial es un programa residencial a corto plazo, no médico, disponible las 24 horas, que no involucra a una institución, y que ofrece servicios de rehabilitación para miembros con un diagnóstico de SUD cuando se determina una necesidad médica, de acuerdo con un plan Individualizado de tratamiento. Cada paciente debe vivir en el lugar y recibe apoyo en sus esfuerzos por restaurar, mantener y aplicar las habilidades de vida independiente e interpersonal, y por acceder a los sistemas comunitarios de apoyo.
 - Los proveedores y residentes trabajan de forma colaborativa para definir las barreras, establecer las prioridades, establecer las metas, generar los planes de tratamiento y resolver los problemas relacionados con el SUD. Las metas incluyen conservar la abstinencia, prepararse para los desencadenantes de recaídas, mejorar la salud personal y el funcionamiento social, y participar en cuidados continuos.
 - Los servicios residenciales requieren de una autorización previa por parte del condado. Cada autorización para los servicios residenciales puede ser por un máximo de 90 días para adultos y de 30 días para jóvenes. Solamente se permiten 2 autorizaciones para servicios residenciales por cada periodo de 1 año. Es posible tener una extensión de 30 días por año con base en la necesidad médica. Las mujeres embarazadas pueden recibir servicios residenciales hasta el último día del mes en el que cumplan 60 días después del parto.
 - Los miembros elegibles para Evaluación Periódica Temprana, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT por sus iniciales de abreviación en inglés) (menores de 21 años) no tendrán los límites de autorización descritos anteriormente, siempre y cuando la necesidad médica establezca que se requiere de servicios residenciales continuos.

- Los servicios residenciales incluyen inscripción y valoración, planificación de tratamiento, consejería individual, consejería de grupo, terapia familiar, servicios colaterales, servicios informativos para miembros, servicios de medicamentos, protección de medicamentos (los centros almacenarán todos los medicamentos del residente y los miembros del personal del centro pueden ayudar con la autoadministración de medicamentos del residente), servicios de intervención en caso de crisis, transporte (provisión de o la coordinación del transporte hacia y desde un tratamiento médicamente necesario), y planificación del alta.
- **Manejo de Abstinencia**
 - Los servicios de Manejo de Abstinencia se proporcionan cuando se determinan como una necesidad médica, y de acuerdo con el plan individualizado del cliente. Cada miembro debe residir en el lugar si recibe un tratamiento residencial, y será supervisado durante el proceso de desintoxicación.
 - Los servicios médicamente necesarios se proporcionan de acuerdo con el plan individualizado del cliente, recetados por un médico autorizado o alguien con capacidad para recetar, y son aprobados y autorizados según los reglamentos aplicables.
 - Los servicios pueden durar de 3 días a 10 días, según el tipo de uso de drogas. Se pueden otorgar extensiones más allá de la aprobación inicial si se considera médicamente necesario.
- **Tratamiento contra Opioides**
 - Se ofrecen servicios de Programa de Tratamiento (OTP/NTP por sus iniciales de abreviación en inglés) contra Opioides (Narcóticos) en los centros autorizados de NTP. Los servicios médicamente necesarios se proporcionan de acuerdo con el plan individualizado del cliente, determinado por un médico autorizado o alguien con capacidad para recetar, y son aprobados y autorizados de acuerdo con los requisitos del Estado de California.
 - Los servicios de OTP/NTP pueden recetar medicamentos a los miembros cubiertos conforme a la lista autorizada de DMC-ODS, incluyendo metadona, buprenorfina, naloxona y disulfiram.
 - Un miembro recibirá al menos 50 minutos de sesiones de consejería con un terapeuta o consejero y hasta 200 minutos por mes completo, aunque pueden proporcionarse servicios adicionales con base en la necesidad médica.
 - Los servicios de Tratamiento contra Opioides incluyen los mismos componentes que los servicios de tratamiento para pacientes externos. Este nivel de atención incluye servicios informativos para pacientes, servicios colaterales, servicios de intervención en caso de crisis, valoración médica y servicios de tratamiento y planificación del alta.
 - Este nivel de atención incluye educación al paciente, servicios colaterales, servicios de intervención en crisis, evaluación médica, tratamiento y servicios de alta.

- **Tratamiento asistido con medicamentos**
 - Los servicios de tratamiento asistido con medicamentos (MAT por sus iniciales de abreviación en inglés) están disponibles fuera de la clínica de OTP. El MAT es el uso de medicamentos que necesitan receta, en combinación con terapias conductuales y de consejería, para darle un enfoque integral personal al tratamiento de los SUD.
 - Los servicios de MAT incluyen ordenar, recetar, administrar y supervisar todos los medicamentos. Para personas que sufren dependencia del alcohol y Opioides, los MAT en particular tienen opciones bien establecidas de medicamentos.
 - Los médicos y otras personas autorizadas para recetar podrían ofrecer medicamentos a los miembros cubiertos conforme a la lista autorizada de DMC-ODS, incluyendo buprenorfina, naloxona, disulfiram, vivitrol u otros medicamentos aprobados para el tratamiento de un SUD.

- **Servicios de Recuperación**
 - Los servicios de recuperación son importantes para el bienestar y la recuperación del miembro. La comunidad del tratamiento se convierte en un agente terapéutico a través del cual se empodera y se prepara a los miembros para que manejen su salud y la atención de su salud. Por lo tanto, el tratamiento debe enfatizar el papel central del miembro en el manejo de su salud, utilizar estrategias eficaces de apoyo para el automanejo, y organizar los recursos comunitarios e internos para proporcionar un apoyo continuo de automanejo para los miembros.
 - Los servicios de recuperación incluyen, asesoramiento individual y grupal; monitoreo de recuperación / asistencia para el abuso de sustancias (entrenamiento de recuperación, prevención de recaídas y servicios de Par a Par); y administración de casos (vínculos con educación, vocacionales, apoyos familiares, apoyos basados en comunidad, vivienda, transporte y otros servicios basados en la necesidad).

- **Manejo de casos**
 - Los Servicios de administración de casos ayudan a un miembro a acceder a los servicios médicos, educativos, sociales, prevocacionales, vocacionales, de rehabilitación u otros servicios comunitarios necesarios. Estos servicios se centran en la coordinación de la atención SUD, la integración alrededor de la atención primaria, especialmente para los miembros con una SUD crónica, y la interacción con el sistema de justicia penal, si es necesario.
 - Los Servicios de administración de casos incluyen una evaluación integral y una reevaluación periódica de las necesidades individuales para determinar la necesidad de la continuación de los servicios de administración de casos; transiciones a niveles más altos o más bajos de atención de SUD; desarrollo y revisión periódica de un plan de cliente que incluye actividades de servicio;

comunicación, coordinación, referidos y actividades relacionadas; monitorear la entrega del servicio para asegurar el acceso de los miembros al servicio y al sistema de entrega del servicio; monitorear el progreso del miembro; y, defensa de los miembros, vínculos con la atención de salud física y mental, transporte y retención en los servicios de atención primaria.

- La administración de casos debe ser coherente con y no debe violar la confidencialidad de ningún miembro como se establece en las leyes federales y de California.
- Cada miembro tendrá un Coordinador de atención asignado para ayudar a navegar y asegurar que se reciben los servicios necesarios.

Evaluación Periódica Temprana, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT por sus iniciales de abreviación en inglés)

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

Para obtener una descripción más completa de los servicios de EPSDT disponibles y para que les respondan a sus preguntas, llame al Departamento de Servicios para el Plan de Salud Mental del Condado de Ventura al 1-866-998-2243.

CÓMO OBTENER SERVICIOS DE DMC-ODS

¿Cómo obtengo servicios de DMC-ODS?

Si usted cree que necesita servicios de tratamiento para un trastorno por consumo de sustancias (SUD), puede obtener servicios pidiéndolos usted mismo al plan del condado. Puede llamar al número de teléfono gratuito de su condado que aparece en la parte inicial de este manual. Usted también puede ser remitido a su plan del condado para servicios de tratamiento para SUD de otras formas. Su plan del condado está obligado a aceptar las remisiones para servicios de tratamiento de SUD de médicos y otros proveedores de atención primaria que piensen que usted podría necesitar estos servicios, y de su plan administrado de atención de la salud mediante Medi-Cal, si usted es miembro. Generalmente, el proveedor o el plan administrado de atención de la salud mediante Medi-Cal necesitarán permiso de usted o permiso de uno de los padres o cuidadores de un menor de edad para hacer la remisión, a menos que sea una emergencia. Otras personas y organizaciones podrían también hacer

remisiones al condado, incluyendo las escuelas; los departamentos de servicios sociales o bienestar; conservadores, tutores o familiares; así como las agencias de la ley.

Los servicios cubiertos están disponibles a través de la red de proveedores del Condado de Ventura. Si cualquier proveedor contratado plantea una objeción para prestar algún servicio cubierto, o para apoyarlo en cualquier otro modo, el Condado de Ventura dispondrá que otro proveedor realice el servicio. El Condado de Ventura responderá con remisiones en los plazos oportunos y coordinación en el caso de que no esté disponible un servicio cubierto por parte de un proveedor por objeciones religiosas, éticas o morales contra el servicio cubierto.

¿Dónde puedo obtener servicios de DMC-ODS?

Dado que usted es residente en el Condado de Ventura, puede recibir servicios de DMC-ODS en el condado en el que vive a través del plan del condado de DMC-ODS. Su plan del condado tiene proveedores de tratamiento de SUD disponibles para tratar las condiciones cubiertas por el plan. Otros condados que ofrecen servicios de Drug Medi-Cal (DMC por sus iniciales de abreviación en inglés) que no están participando en el programa piloto de DMC-ODS podrán proporcionar servicios regulares de DMC si es necesario. Si usted es menor de 21 años de edad, también es elegible para los servicios EPSDT en cualquier otro condado en todo el estado.

Atención fuera de horario

Llame al (844) 385-9200. Usted puede ir a una sala de emergencias si necesita servicios de SUD.

¿Cómo puedo saber cuándo necesito ayuda?

Muchas personas pasan por momentos difíciles en la vida y pueden sufrir problemas de SUD. Lo más importante que debe recordar al preguntarse si necesita ayuda profesional es confiar en usted mismo. Si usted es elegible para Medi-Cal, y cree que puede necesitar ayuda profesional, debe pedir una evaluación de su plan del condado para saberlo con seguridad, puesto que actualmente usted reside en un condado que está participando en DMC-ODS.

¿Cómo puedo saber cuándo necesita ayuda un niño o un adolescente?

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

CÓMO OBTENER SERVICIOS DE SALUD MENTAL

¿Dónde puedo obtener servicios especializados de salud mental?

Puede obtener servicios especializados de salud mental en el condado donde vive. Cada condado tiene servicios especializados de salud mental para niños, jóvenes, adultos y adultos mayores. Si tiene menos de 21 años de edad, es elegible para una Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés), que puede incluir cobertura y beneficios. Si cree que necesita servicios especializados de salud mental, puede obtenerlos llamando al Plan de Salud Mental del Condado de Ventura al 1-866-998-2243.

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

NECESIDAD MÉDICA

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

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

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

¿Cuáles son los criterios de "necesidad médica" para la cobertura de servicios de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias?

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

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

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

Criterios de ASAM (los Criterios de ASAM son el estándar nacional de tratamiento para condiciones adictivas y relacionadas con sustancias).

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

CÓMO SELECCIONAR UN PROVEEDOR

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

El plan del condado puede establecer ciertos límites sobre su elección de proveedores. Su plan de DMC-ODS del condado debe darle la oportunidad de elegir entre al menos dos proveedores cuando usted inicia los servicios por primera vez, a menos que el plan del condado tenga una buena razón por la que no pueda ofrecer opciones, por ejemplo, si solo hay un proveedor que puede dar el servicio que usted necesita. Su plan del condado también debe permitirle cambiar de proveedor. Cuando usted solicite cambiar de proveedor, el condado debe permitirle elegir entre al menos dos proveedores, a menos que haya una buena razón para no hacerlo.

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

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

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

El proceso de autorización del plan del condado debe seguir plazos específicos. En el caso de una autorización estándar, el plan debe tomar una decisión sobre la solicitud de su proveedor en un plazo no mayor a 14 días de Calendario. Si usted o su proveedor solicitan, o si el plan del condado considera que es para beneficio de usted, recibir más información de parte de su proveedor, el plazo puede extenderse hasta 14 días adicionales. Un ejemplo de cuándo podría

ser para su beneficio una extensión es cuando el condado considera que podría ser posible aprobar la solicitud de su proveedor si el plan del condado contara con información adicional de su proveedor, y tendría que denegar la solicitud si no contara con dicha información. Si el plan del condado extiende el plazo, el condado le enviará a usted un aviso por escrito sobre la extensión.

Si el condado no toma una decisión dentro del plazo requerido para una solicitud de autorización estándar o expedita, el plan del condado debe enviarle un Aviso de Determinación Negativa de Beneficio, diciéndole que se le deniegan los servicios y que puede presentar una apelación o pedir una Audiencia Imparcial Estatal.

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

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

¿Qué proveedores utiliza mi plan DMC-ODS?

Si usted es nuevo en el plan del condado, al final de este manual puede encontrar una lista completa de proveedores en su plan del condado, que contiene información sobre dónde se ubican los proveedores, los servicios de tratamiento de SUD que ofrecen, y demás información para permitirle acceder a atención, incluyendo información sobre los servicios culturales y lingüísticos que están disponibles por parte de los proveedores. Si tiene preguntas sobre proveedores, llame al teléfono gratuito de su condado, al (844) 385-9200.

AVISO DE DETERMINACIÓN NEGATIVA DE BENEFICIO

¿Qué es un Aviso de Determinación Negativa de Beneficio?

Un Aviso de Determinación Negativa de Beneficio, a veces llamado un NOABD (por sus iniciales de abreviación en inglés), es un formulario que su plan de DMC-ODS del condado utiliza para avisarle cuando el plan toma una decisión sobre si usted recibirá o no servicios de tratamiento de SUD de Medi-Cal. El Aviso de Determinación de Negativa de Beneficio también se utiliza para decirle si su queja, apelación o apelación expedita no se resolvió a tiempo, o si usted no recibió los servicios dentro de los estándares de tiempo del plan del condado para proporcionar los servicios.

¿Cuándo recibirá un Aviso de Determinación Negativa de Beneficio?

Usted recibirá un Aviso de Determinación Negativa de Beneficio:

- Si su plan del condado o alguno de los proveedores del plan del condado deciden que usted no reúne los requisitos para recibir servicios de tratamiento de SUD de Medi-Cal debido a que usted no cumple con los criterios de necesidad médica.
- Si su proveedor cree que usted necesita un servicio de SUD y pide la aprobación del plan del condado, pero el plan del condado no está de acuerdo y deniega la solicitud de su proveedor, o cambia el tipo o frecuencia del servicio. La mayor parte de las veces usted recibirá un Aviso de Determinación de Negativa de Beneficio antes de recibir el servicio, pero en ocasiones el Aviso de Determinación Negativa de Beneficio llegará cuando usted ya haya recibido el servicio, o mientras usted esté recibiendo el servicio. Si usted recibe un Aviso de Determinación Negativa de Beneficio después de haber recibido el servicio, usted no tendrá que pagar por el servicio.
- Si su proveedor ha pedido su aprobación al plan del condado, pero el plan del condado necesita más información para tomar una decisión y no termina el proceso de aprobación a tiempo.
- Si su plan del condado no le proporciona servicios con base en los plazos que el plan del condado ha establecido. Llame a su plan del condado para averiguar si el plan del condado ha establecido estándares de línea de tiempo.
- Si usted presenta una queja formal ante el Plan del Condado y el Plan del Condado no le proporciona una respuesta por escrito sobre su queja dentro de los 90 días de calendario. Si usted presenta una apelación ante el Plan del Condado y el Plan del Condado no le responde con una decisión por escrito sobre su apelación dentro de los 30 días de calendario o, si presentó una apelación acelerada, y no recibió una respuesta dentro de 72 horas.

¿Voy a recibir siempre un Aviso de Determinación Negativa de Beneficio cuando no reciba los servicios que deseo?

Existen algunos casos en los que es posible que usted no reciba un Aviso de Determinación Negativa de Beneficio. Aun así, puede presentar una apelación con el plan del condado o si ha completado el proceso de apelación, puede solicitar una audiencia imparcial estatal si suceden estas cosas. En este manual se incluye información sobre cómo presentar una apelación o solicitar una audiencia imparcial. La información también debe estar disponible en la oficina de su proveedor.

¿Qué me dirá el Aviso de Determinación Negativa de Beneficio?

El Aviso de Determinación Negativa de Beneficio le dirá:

- Qué hizo su plan del condado que le afecta a usted y a su posibilidad de recibir los servicios.
- La fecha de entrada en vigor de la decisión y la razón por la que el plan tomó la decisión.
- Las reglas federales o estatales que el condado siguió para tomar la decisión.
- Cuáles son sus derechos si usted no está de acuerdo con lo que hizo el plan.
- Cómo presentar una apelación con el plan.

- Cómo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal.
- Cómo solicitar una apelación expedita o una audiencia imparcial expedita.
- Cómo obtener ayuda para presentar una apelación o solicitar una Audiencia Imparcial Estatal.
- Cuánto tiempo tiene para presentar una apelación o solicitar una Audiencia Imparcial Estatal.
- Si usted es elegible para seguir recibiendo servicios mientras espera la decisión de una Apelación o de una Audiencia Imparcial Estatal.
- Cuándo debe presentar su Apelación o solicitud de Audiencia Imparcial Estatal si desea que los servicios continúen.

¿Qué debo hacer cuando reciba un Aviso de Determinación Negativa de Beneficio?

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

Usted puede solicitar una continuación del servicio que se ha interrumpido cuando presente una apelación o una solicitud de Audiencia Imparcial Estatal. Usted debe solicitar la continuación de servicios en el plazo máximo de 10 días después de recibir un Aviso de Determinación Negativa de Beneficio, o antes de la fecha de entrada en vigor del cambio.

PROCESOS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

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

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

1. El proceso de queja: una expresión de disconformidad sobre cualquier asunto relacionado con sus servicios de tratamiento de SUD.
2. El proceso de apelación: la revisión de una decisión (denegación o cambio de los servicios) que el plan del condado o su proveedor tomaron sobre sus servicios de tratamiento de SUD.
3. El proceso de Audiencia Imparcial Estatal: una revisión para asegurarse de que usted reciba los servicios de tratamiento de SUD a los que tiene derecho conforme al programa de Medi-Cal.

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

Aprenda más sobre el proceso de resolución de problemas a continuación.

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

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

Si necesita ayuda puede llamar al Ventura County Behavioral Health Quality Management Department Línea de Quejas y Apelaciones al 1-888-567-2122.

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

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

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

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

Si usted tiene problemas de audición o si esta sordo/a y usa el TDD, llame al 1-800-952-8349

EL PROCESO DE QUEJA

¿Qué es una queja?

Una queja es una expresión de disconformidad sobre cualquier asunto relacionado con sus servicios de tratamiento de SUD que no sea alguno de los problemas cubiertos por los procesos de apelación ni de Audiencia Imparcial Estatal.

El proceso de queja:

- Implicará procedimientos simples y fáciles de entender que le permitan presentar su queja de forma verbal o por escrito.
- No pesará en su contra ni en contra de su proveedor en ninguna forma.
- Le permitirá autorizar a otra persona para que actúe en su nombre, incluyendo a un proveedor. Si usted autoriza a otra persona para que actúe en su nombre, el plan del condado podría pedirle firmar un formulario autorizando al plan la divulgación de información a dicha persona.

- Garantizará que las personas que toman las decisiones estén calificadas para hacerlo y que no hayan participado en ningún nivel previo de revisión ni de toma de decisiones.
- Identificará los roles y responsabilidades de usted, de su plan del condado y de su proveedor.
- Proporcionará una resolución a la queja en los plazos requeridos.

¿Cuándo puedo presentar una queja?

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

¿Cómo puedo presentar una queja?

Puede llamar al número telefónico gratuito de su plan del condado al (888) 567-2122 para obtener ayuda con una queja. El condado le proporcionará sobres con dirección impresa en todos los sitios de los proveedores, de forma que usted pueda enviar por correo su queja. Las quejas pueden presentarse de forma verbal o por escrito. No será necesario dar un seguimiento por escrito a las quejas que se hagan de forma verbal.

¿Cómo sé si el plan del condado recibió mi queja?

Su plan del condado le hará saber si recibió su queja enviándole una confirmación por escrito.

¿Cuándo se resolverá mi queja?

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

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

Cuando se haya tomado una decisión acerca de su queja, el plan del condado le avisará a usted o su representante por escrito sobre la decisión. Si su plan del condado no le avisa a tiempo a usted o a alguna de las partes afectadas de la decisión sobre la queja, entonces el plan del condado le dará un Aviso de Determinación Negativa de Beneficio, el cual le avisará sobre su

derecho de solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. Su plan del condado le proporcionará un Aviso de Determinación Negativa de Beneficio en la fecha en la que expire el plazo.

¿Hay una fecha límite para presentar una queja?

Puede presentar una queja en cualquier momento.

EL PROCESO DE APELACIÓN (Estándar y Acelerado)

Su plan del condado es responsable de permitirle solicitar una revisión de una decisión que el plan o sus proveedores tomaron con respecto a sus servicios de tratamiento de SUD. Hay dos formas en las que puede solicitar una revisión. Una de las formas es mediante el proceso de apelación estándar. La segunda forma es mediante el proceso de apelación acelerado. Estas dos formas de apelación son similares; sin embargo, existen requisitos específicos para ser elegible para una apelación acelerada. 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 tenga con el plan o con su proveedor y que implique la denegación o cambios en los servicios que usted cree que necesita. Si usted solicita una apelación estándar, el plan del condado puede tomarse hasta 30 días para revisarla. Si usted cree que esperar 30 días pondrá en riesgo su salud, debe pedir una "apelación acelerada".

El proceso estándar de apelaciones:

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

apelación confirma la decisión de reducir o interrumpir el servicio que está recibiendo, es posible que tenga que pagar el costo de los servicios prestados mientras la apelación estaba pendiente;

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

¿Cuándo puedo presentar una apelación?

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

- Si su condado o alguno de los proveedores contratados del condado deciden que usted no reúne los requisitos para recibir servicios de tratamiento de SUD de Medi-Cal debido a que usted no cumple con los criterios de necesidad médica.
- Si su proveedor cree que usted necesita un servicio de SUD y pide la aprobación del condado, pero el condado no está de acuerdo y deniega la solicitud de su proveedor, o cambia el tipo o frecuencia del servicio.
- Si su proveedor le ha pedido su aprobación al plan del condado, pero el plan del condado necesita más información para tomar una decisión y no termina el proceso de aprobación a tiempo.
- Si su plan del condado no le proporciona servicios con base en los plazos que el plan del condado ha establecido.
- Si usted no considera que el plan del condado esté proporcionando los servicios con una rapidez acorde con sus necesidades.
- Si su queja, apelación o apelación acelerado no fueron resueltos a tiempo.
- Si usted o su proveedor no están de acuerdo con respecto a la determinación de los servicios de SUD que usted necesita.

¿Cómo puedo presentar una apelación?

Puede llamar al número de teléfono gratuito de su plan del condado para obtener ayuda con una queja. El condado proporcionará sobres en todos los sitios de los proveedores con la

dirección asignada para que usted envíe su reclamo por correo. Las quejas pueden presentarse oralmente o por escrito. Las quejas orales no tienen que tener seguimiento por escrito.

¿Cómo sé si se ha resuelto mi apelación?

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

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

¿Hay una fecha límite para presentar una apelación?

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

¿Cuándo se hará una decisión sobre mi apelación?

El plan del condado debe decidir sobre su apelación en un plazo no mayor a 30 días de calendario desde que el plan del condado reciba su solicitud de apelación. Los plazos pueden extenderse hasta 14 días de calendario si usted solicita una extensión, o si el plan del condado cree que existe la necesidad de información adicional, y que el retraso es para beneficio de usted. Un ejemplo de cuando es para beneficio de usted un retraso es cuando el condado cree que podría ser posible aprobar su apelación si el plan del condado tuviera un poco más de tiempo para recabar información de parte de usted o de su proveedor.

¿Qué sucede si no puedo esperar 30 días para mi decisión de apelación?

El proceso de apelación podría ser más rápido si reúne los requisitos para el proceso de apelación acelerado.

¿Qué es una apelación acelerada?

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

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

¿Cuándo puedo presentar una apelación acelerada?

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

Si el plan del condado decide que su apelación no reúne los requisitos para una apelación acelerada, el plan del condado debe hacer esfuerzos razonables para darle un aviso verbal oportuno y le avisará por escrito en un plazo máximo de 2 días de Calendario, dándole la razón para la decisión. Su apelación entonces seguirá los plazos de una apelación estándar establecidos previamente en esta sección. Si usted no está de acuerdo con la decisión del condado sobre que su apelación no cumple con los criterios para una apelación acelerada, puede presentar una queja.

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

EL PROCESO DE AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

¿Qué es una Audiencia Imparcial Estatal?

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

¿Cuáles son mis derechos de Audiencia Imparcial Estatal?

Usted tiene derecho a:

- Tener una audiencia ante el Departamento de Servicios Sociales de California (también llamada Audiencia Imparcial Estatal).
- Que se le diga cómo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal.

- Que se le digan las reglas que rigen la forma de representación en una Audiencia Imparcial Estatal.
- Que continúen sus beneficios tras su solicitud durante el proceso de la Audiencia Imparcial Estatal si usted la solicita dentro de los plazos requeridos.

¿Cuándo puedo presentar una solicitud de Audiencia Imparcial Estatal?

Usted puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal:

- Si ha completado el proceso de apelación del plan del condado.
- Si su condado o alguno de los proveedores contratados del condado deciden que usted no reúne los requisitos para recibir servicios de tratamiento de SUD de Medi-Cal debido a que usted no cumple los criterios de necesidad médica.
- Si su proveedor cree que usted necesita un servicio de SUD y pide la aprobación de parte del plan del condado, pero el plan del condado no está de acuerdo y deniega la solicitud de su proveedor, o cambia el tipo o frecuencia del servicio.
- Si su proveedor le ha pedido su aprobación al plan del condado, pero el plan del condado necesita más información para tomar una decisión y no termina el proceso de aprobación a tiempo.
- Si su plan del condado no le proporciona servicios con base en los plazos que el condado ha establecido.
- Si usted no considera que el plan del condado esté proporcionando los servicios con una rapidez acorde con sus necesidades.
- Si su queja, apelación o apelación acelerada no fueron resueltos a tiempo.
- Si usted y su proveedor no están de acuerdo con respecto al tratamiento de SUD que usted necesita.

¿Cómo solicito una Audiencia Imparcial Estatal?

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

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

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

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

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

Si usted no recibió un Aviso de Determinación Negativa de Beneficio, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal en cualquier momento.

¿Puedo continuar con los servicios mientras espero la decisión de una Audiencia Imparcial Estatal?

Sí, si actualmente está recibiendo tratamiento y desea continuar su tratamiento mientras apela, debe solicitar una Audiencia imparcial ante el estado dentro de los 10 días a partir de la fecha en que se envió por correo postal o se le entregó el aviso de la decisión de la apelación O antes de la fecha en que se encuentra Dice que los servicios serán detenidos o reducidos. Cuando solicita una audiencia estatal justa, debe decir que desea seguir recibiendo su tratamiento. Además, no tendrá que pagar por los servicios recibidos mientras esté pendiente la Audiencia imparcial del estado.

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

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

Puede solicitar una Audiencia imparcial estatal acelerada (más rápida) si cree que el marco de tiempo normal de 90 días de calendario causará graves problemas de salud, incluidos problemas con su capacidad para obtener, mantener o recuperar funciones importantes de la vida. El Departamento de Servicios Sociales, División de Audiencias Estatales, revisará su solicitud de una Audiencia imparcial estatal acelerada y decidirá si califica. Si se aprueba su solicitud de audiencia acelerada, se llevará a cabo una audiencia y se emitirá una decisión de audiencia dentro de los 3 días laborales posteriores a la fecha en que la División de Audiencias del Estado recibió su solicitud.

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

¿Quién puede obtener Medi-Cal?

Usted puede reunir los requisitos para Medi-Cal si está en uno de estos grupos:

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

Usted debe vivir en California para ser elegible para Medi-Cal. Llame o visite su oficina local de servicios sociales 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 por Medi-Cal?

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

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

Su proveedor le dirá si necesita hacer un copago.

¿Cubre el Medi-Cal el transporte?

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

- Para niños, el programa de Salud Infantil y Prevención de Discapacidades "Child Health and Disability Prevention" (CHDP) puede ayudar. Para servicios ofrecidos dentro del CHDP, llame al (805) 981-5291, o gratuitamente al (800) 781-4449, y elija la opción 4 (CMS), y después la opción 2 (CHDP). También puede comunicarse con la oficina de servicios sociales de su condado.
- También puede obtener información en línea visitando www.dhcs.ca.gov, luego haciendo clic en "Services" y luego en "Medi-Cal".
- Para adultos, la oficina de servicios sociales de su condado puede ayudar llamando al (888) 472-4463
- TTY (800) 735-2922 o 711 para hacer una solicitud por teléfono, o puede obtener información en línea visitando <http://www.dhcs.ca.gov/services/medical/Pages/default.aspx>. O puede obtener información en línea visitando www.dhcs.ca.gov, luego haciendo clic en "Services" y luego en "Medi-Cal".
- Para adultos, haga clic en el siguiente enlace para servicios sociales del Condado de Ventura: <http://www.ventura.org/human-services-agency/medi-cal>

- Si está inscrito en un Plan de atención administrada (MCP - por sus iniciales de abreviación) de Medi-Cal, el MCP debe ayudarlo con el transporte de acuerdo con la Sección 14132 (ad) del Código de Bienestar e Instituciones.
- Los servicios de transporte están disponibles para todas las necesidades de servicio, incluidas aquellas que no están incluidas en el programa DMC-ODS.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE MIEMBROS

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

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

- Ser tratado con respeto, tomando en consideración debidamente su derecho a la privacidad y la necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica.
- Recibir información sobre opciones disponibles de tratamiento y sus alternativas, presentada de manera adecuada para la condición y capacidad de comprensión del Miembro.
- Participar en las decisiones referentes a la atención de su cuidado de SUD, incluyendo el derecho a negarse de recibir tratamiento.
- Recibir acceso oportuno a cuidados, incluyendo servicios disponibles las 24 horas del día, 7 días a la semana, cuando sea médicamente necesario para tratar una condición de emergencia o urgente, o una condición de crisis.
- Recibir la información en este manual sobre los servicios de tratamiento de SUD cubiertos por el plan DMC-ODS del condado, otras obligaciones del plan del condado y sus derechos, tal y como se describen aquí.
- Que se proteja su información confidencial de salud.
- Solicitar y recibir una copia de sus expedientes médicos, y solicitar que se enmienden o corrijan, según se especifica en 45 CFR §164.524 y 164.526.
- Solicitar y recibir materiales por escrito en formatos alternativos (incluidos Braille, letra grande y formato de audio), y de forma oportuna y adecuada para el formato que se solicita.
- Recibir servicios de interpretación oral en el idioma de su preferencia.
- Recibir servicios de tratamiento de SUD de un plan del condado que siga los requisitos de su contrato con el Estado en las áreas de disponibilidad de servicios, garantías de capacidad y servicios adecuados, coordinación y continuidad del cuidado, y cobertura y autorización de los servicios.
- Acceder a Servicios de Consentimiento para Menores, si usted es menor de edad.
- Acceder de manera oportuna a servicios médicamente necesarios que no están incluidos (fuera de la Red) en su plan de beneficios, si el plan no tiene un empleado o proveedor contratado que pueda prestar esos servicios. “Proveedores que no están incluidos (fuera de la Red) en su plan de beneficios” esto significa que un proveedor no está en la lista de proveedores del plan del condado.” El condado debe asegurarse de que usted no pague nada extra por consultar con un proveedor que

no está incluido (fuera de la Red) en su plan de beneficios. Puede contactar a servicios para miembros llamando al 1-844-385-9200 si desea información sobre cómo recibir servicios de un proveedor que no está incluido (fuera de la Red) en su plan de beneficios.

- Solicitar una segunda opinión de un profesional calificado del cuidado de la salud dentro de su plan de beneficios del condado, o uno fuera (de la Red) de su plan de beneficios, sin costo adicional para usted.
- Presentar quejas, ya sea oralmente o por escrito, sobre la organización o el cuidado recibido.
- Solicitar una apelación, verbalmente o por escrito, al recibir aviso de una determinación adversa sobre beneficios.
- Solicitar una audiencia imparcial estatal de Medi-Cal, incluida información sobre las circunstancias en las cuales es posible tener una audiencia imparcial acelerada.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento utilizados como medios de coacción, disciplina, ventaja o represalia.
- Ser libre para ejercer estos derechos sin que eso afecte la forma en que lo(a) tratan el plan del condado, los proveedores, o el Estado.
- El derecho de tomar medicamentos recetados por un médico licenciado para la salud física, salud mental o desordenes por uso de sustancias

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

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

- Leer cuidadosamente los materiales de información para miembros que ha recibido del plan del condado. Estos materiales le ayudarán a entender qué servicios están disponibles y cómo obtener un tratamiento si lo necesita.
- Asistir a su tratamiento tal y como fue programado. Usted tendrá el mejor resultado si sigue su plan de tratamiento. Si usted necesita faltar a una cita, llame a su proveedor al menos con 24 horas de antelación y re programe la cita para otro día y otra hora.
- Llevar siempre su tarjeta de identificación de Medi-Cal (plan del condado) y una identificación con foto cuando asista a un tratamiento.
- Hacerle saber a su proveedor si usted necesita un intérprete antes de su cita.
- Comunicar a su proveedor todas sus preocupaciones médicas para que su plan sea preciso. Entre más completa sea la información que usted comparta sobre sus necesidades, más exitoso será su tratamiento
- Asegurarse de hacer a su proveedor cualquier pregunta que tenga. Es muy importante que usted comprenda por completo su plan de tratamiento y cualquier otra información que reciba durante el tratamiento.
- Seguir el plan de tratamiento que usted y su proveedor han acordado.
- Estar dispuesto(a) a generar una buena relación de trabajo con el proveedor que lo está tratando.

- Contactar al plan del condado si tiene alguna pregunta sobre sus servicios o si tiene algún problema con su proveedor que no puede resolver.
- Comunicar a su proveedor y plan del condado si tiene 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 proporciona el tratamiento con respeto y cortesía.
- Si sospecha que existe fraude o actos incorrectos, repórtelo. Por favor llame al Programa de Divulgación Confidencial del Plan: La Línea de Cumplimiento / HIPPA (The Plan's Confidential Disclosure Program: The Compliance/HIPPA Line) al 1-888-488-3146.

Directorio de Proveedores

La versión más actualizada del Directorio de Proveedores de Servicios de Tratamiento de Uso de Sustancias del Condado de Ventura se puede encontrar en línea en - https://vcbh.org/SUD_Provider_Directory.pdf o como un documento impreso en Ventura County Behavioral Health, Servicios de Uso de Sustancias – Plan DMC-ODS, ubicado en 1911 Williams Drive #190, Oxnard CA 93036.

El directorio de proveedores incluye información sobre nuestros proveedores actuales por categoría, incluyendo:

- Disponibilidad del servicio del proveedor
- Nombre, ubicaciones, números del teléfono y sitios web
- Opciones de servicios en idiomas distintos al inglés y servicios diseñados para atender diferencias culturales
- Los proveedores que están aceptando nuevos beneficiarios
- Los proveedores que tienen adaptaciones para personas con limitaciones en movilidad

TRANSICIÓN DE LA SOLICITUD DE CUIDADO

¿Cuándo puedo solicitar el mantenimiento de mi proveedor anterior y ahora a proveedores que no están incluidos (fuera de la Red) en su plan de beneficios?

- Después de unirse al Plan del Condado, usted puede solicitar quedarse con su proveedor que no está incluido (fuera de la Red) en su plan de beneficios:
- Cambiar a un nuevo proveedor resultaría en un grave perjuicio para su salud o aumentaría su riesgo de hospitalización o institucionalización; y
- Recibió tratamiento del proveedor que no está incluido (fuera de la Red) en su plan de beneficios antes de la fecha de su transición al Plan del Condado.

¿Cómo solicito conservar mi proveedor que no está incluido (fuera de la Red) en su plan de beneficios?

- Usted, sus representantes autorizados o su proveedor actual pueden enviar una solicitud por escrito al Plan del Condado. También puede comunicarse con el Plan del Condado al 1-844-385-9200 para obtener información sobre cómo solicitar servicios de un proveedor que no está incluido (fuera de la Red) en su plan de beneficios.
- El Plan del Condado enviará un reconocimiento de haber recibido por escrito de su solicitud y comenzará a procesar su solicitud dentro de los tres (3) días laborales.

¿Qué sucede si continúo viendo a mi proveedor que no está incluido (fuera de la Red) en su plan de beneficios después de la transición al Plan del Condado?

- Puede solicitar una solicitud de transición retroactiva de la atención dentro de los treinta (30) días de calendario después de recibir los servicios de un proveedor que no está incluido (fuera de la Red) en su plan de beneficios.

¿Por qué el Plan del Condado negaría mi solicitud de transición de atención?

- El Plan del Condado puede denegar su solicitud para retener a su proveedor anterior, y que ahora no está incluido (fuera de la Red) en su plan de beneficios, si:
 - El Plan del Condado ha documentado problemas de calidad de atención con el proveedor

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

- Si el Plan del Condado le niega la transición de cuidado. Cumple con los siguiente:
 - Notificarle por escrito;
 - Ofrecerle al menos un proveedor alternativo que está incluido (dentro de la Red) en su plan de beneficios que ofrezca el mismo nivel de servicios que el proveedor que no está incluido (fuera de la Red) en su plan de beneficios; y
 - Informarle sobre su derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con la denegación.
- Si el Plan del Condado le ofrece múltiples alternativas que están incluidos (dentro de la Red) en su plan de beneficios y usted no toma una decisión, entonces el Plan del Condado lo derivará o lo asignará a un proveedor que está incluido (dentro de la Red) en su plan de beneficios y le notificará esa referencia o asignación por escrito.

¿Qué sucede si se aprueba mi solicitud de transición de atención?

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

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

- El Plan del Condado completará su revisión de su solicitud de transición de atención dentro de los treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que el Plan del Condado recibió su solicitud.

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

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