



Condado El Dorado
Agencia de Salud y Servicios
Humanos
División de Salud Conductual

Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal

Guía para miembros

Noviembre de 2018

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 530-621-6290 (TTY: 1-800-952-8349.)

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 1-800-929-1955 (TTY: 1-800-952-8349.)

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame 1-800-929-1955 (TTY: 1-800-952-8349.)

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 1-800-929-1955 (TTY: 1-800-952-8349.)

Tagalog (Tagalog/Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-929-1955 (TTY: 1-800-952-8349.)

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。1-800-929-1955 (TTY: 1-800-952-8349.)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 1-800-929-1955 (TTY: [1-xxx-xxx-xxxx]).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-929-1955 (TTY: 1-800-952-8349.) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-929-1955 (TTY: 1-800-952-8349.) पर कॉल करें।

_____ (Thai)

: 1-800-929-1955 (TTY: 1-800-952-8349.)

_____ (Cambodian)

,
1-800-929-1955
(TTY: 1-800-952-8349.)

_____ (Lao)

: ,
,
,
1-800-929-1955 (TTY: 1-800-952-8349.)

Índice

INFORMACIÓN GENERAL	9
Servicios de emergencia	9
¿Con quién me comunico si tengo pensamientos suicidas?	9
¿Por qué es importante leer esta guía?.....	9
Como miembro del plan DMC-ODS de su condado, el plan de su condado es responsable de.....	10
Información para miembros que necesitan material en un idioma diferente.....	11
Información para miembros que tienen problemas para leer	11
Información para miembros con problemas de audición	11
Información para miembros con problemas de la vista	11
Aviso de prácticas de privacidad.....	11
¿Con quién me comunico si siento que me discriminaron?.....	11
SERVICIOS.....	13
¿Qué son los servicios de DMC-ODS?.....	13
Servicios para pacientes ambulatorios	13
Servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios.....	14
Tratamiento residencial (sujeto a autorización del condado).....	14
Manejo del síndrome de abstinencia (Manejo del síndrome de abstinencia residencial sujeto a autorización previa del condado)	15
Tratamiento con opioides.....	15
Tratamiento asistido con medicamentos	16
Servicios de recuperación	16
Administración de casos	17
Prueba de detección precoz y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)	18
CÓMO OBTENER LOS SERVICIOS DE DMC-ODS	19
¿Cómo obtengo los servicios de DMC-ODS?	19
¿Dónde puedo obtener los servicios de DMC-ODS?	20
Servicios después del horario de atención.	20
¿Cómo puedo saber si necesito ayuda?	20
¿Cómo sé cuándo un niño o adolescente necesita ayuda?.....	20

CÓMO OBTENER SERVICIOS DE SALUD MENTAL.....	21
¿Dónde puedo obtener servicios especializados de salud mental?	21
NECESIDAD MÉDICA	21
¿Qué es la necesidad médica y por qué es tan importante?	21
¿Cuáles son los criterios de "necesidad médica" para la cobertura de los servicios para el tratamiento de trastorno por consumo de sustancias?	21
CÓMO SELECCIONAR UN PROVEEDOR	22
¿Cómo busco un proveedor para los servicios que necesito para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias?.....	22
Cuando encuentro un proveedor, ¿puede el plan del condado decirle al proveedor qué servicios recibiré?	22
¿Qué proveedores usa el plan DMC-ODS?	23
AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS.....	23
¿Qué es un Aviso de determinación adversa de beneficios?	23
¿Cuándo recibiré un aviso de determinación adversa de beneficios?	24
¿Recibiré siempre un aviso de determinación adversa de beneficios cuando no obtenga los servicios que quiero?	24
¿Qué me informará el Aviso de determinación adversa de beneficios?.....	24
¿Qué debo hacer cuando recibo un aviso de determinación adversa de beneficios?.....	25
PROCESOS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	25
¿Qué sucede si no obtengo los servicios que quiero del plan DMC-ODS del condado?	25
¿Puedo obtener ayuda para presentar una apelación, una queja formal o una audiencia imparcial del estado?	26
¿Qué sucede si necesito ayuda para resolver un problema con el plan DMC-ODS del condado, pero no quiero presentar una queja formal ni una apelación?.....	26
EL PROCESO DE QUEJA FORMAL	26
¿Qué es una queja formal?	26
¿Cuándo puedo presentar una queja formal?.....	27
¿Cómo puedo presentar una queja formal?.....	27
¿Cómo sé si el plan del condado recibió mi queja formal?	27
¿Cuándo tomarán una decisión sobre queja formal?	27
¿Cómo sé si el Plan del condado tomó una decisión sobre mi queja formal?	28

¿Hay una fecha límite para presentar una queja formal?	28
EL PROCESO DE APELACIÓN (estándar y expedita)	28
¿Qué es una apelación estándar?	28
¿Cuándo puedo presentar una apelación?	29
¿Cómo puedo presentar una apelación?	30
¿Cómo puedo saber si mi apelación fue resuelta?	30
¿Hay una fecha límite para presentar una apelación?	30
¿Cuándo se tomará una decisión sobre mi apelación?	30
¿Qué sucede si no puedo esperar 30 días para recibir la decisión de mi apelación?	30
¿Qué es una apelación expedita?	31
¿Cuándo puedo presentar una apelación expedita?	31
PROCESO DE AUDIENCIA IMPARCIAL DEL ESTADO	31
¿Qué es una audiencia imparcial del estado?	31
Cuáles son mis derechos en la audiencia imparcial del estado?	32
¿Cuándo puedo pedir una audiencia imparcial del estado?	32
¿Cómo pido una audiencia imparcial del estado?	32
¿Hay una fecha límite para presentar una audiencia imparcial del estado?	33
¿Puedo continuar con los servicios mientras espero la decisión de una audiencia imparcial del estado?	33
¿Qué sucede si no puedo esperar 90 días para recibir la decisión de la Audiencia imparcial del estado?	33
INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL PROGRAMA MEDI-CAL DEL ESTADO DE CALIFORNIA	34
¿Quién puede obtener Medi-Cal?	34
¿Tengo que pagar para tener Medi-Cal?	34
¿Medi-Cal cubre el transporte?	34
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS	35
¿Cuáles son mis derechos como beneficiario de los servicios de DMC-ODS?	35
¿Cuáles son mis responsabilidades como beneficiario de los servicios de DMC-ODS?	36
DIRECTORIO DE PROVEEDORES.....	38

INFORMACIÓN GENERAL

Servicios de emergencia

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

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

Una condición médica de emergencia ocurre cuando tiene síntomas que causan dolor intenso o una enfermedad grave o una lesión, que una persona prudente (una persona no médica cuidadosa o cautelosa) crea razonablemente que sin atención médica podría:

Poner su salud en grave peligro, o

Si está embarazada, poner su salud o la salud de su hijo no nacido en grave peligro, o

Causar un daño grave a la manera en que funciona su cuerpo, o

Causar daños graves a cualquier órgano o parte del cuerpo.

Tiene derecho a usar cualquier hospital en caso de emergencia. Los servicios de emergencia nunca necesitan una autorización.

¿Con quién me comunico si tengo pensamientos suicidas?

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

Para residentes locales que busquen ayuda en una crisis, llamar al:

West Slope: (530) 622-3345

South Lake Tahoe: (530) 544-2219

Para acceder a los programas locales de salud mental, llame al (800) 929-1955.

¿Por qué es importante leer esta guía?

El condado de El Dorado está participando en un programa piloto estatal para ampliar los servicios de tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (substance use disorder, SUD) disponibles para las personas elegibles para Medi-Cal que viven en el condado. El Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal es un plan de atención médica administrada que presta atención integral y de alta calidad en coordinación con proveedor de atención médica física y mental con el objetivo de ayudar a los miembros del plan a lograr una recuperación exitosa y sostenible. Los planes de atención médica administrada contratan

servicios de proveedores seleccionados. El condado supervisa los servicios para garantizar que cumplan los estándares de calidad y utilicen las prácticas actuales de tratamiento basadas en evidencia.

Es importante que comprenda cómo funciona el plan del Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) para que pueda recibir la atención médica que necesita. Esta guía explica sus beneficios y cómo recibir atención médica. También responderá muchas de sus preguntas.

Aprenderá:

Cómo recibir servicios de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias (SUD) a través del plan DMC-ODS de su condado

A qué beneficios tiene acceso

Qué hacer si tiene una pregunta o un problema

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

Si no lee esta guía ahora, debe conservarla para poder leerla más tarde.

Use esta guía como una adición a la guía para miembros que recibió cuando se inscribió en su beneficio actual de Medi-Cal. Eso podría ser con un plan de atención médica administrada de Medi-Cal o con el programa regular de “pago por servicio” de Medi-Cal.

Como miembro del plan DMC-ODS de su condado, el plan de su condado es responsable de...

- Determinar si es elegible para los servicios de DMC-ODS del condado o su red de proveedores.
- Coordinar su atención médica.
- Dar un teléfono de llamada sin costo con servicio las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que pueda informarlo sobre cómo obtener los servicios del Plan del condado. También puede comunicarse con el Plan del condado a este número para pedir la disponibilidad de atención médica fuera del horario de atención.
- Tener suficientes proveedores para asegurarse de que pueda obtener los servicios para el tratamiento de SUD cubiertos por el plan del condado si los necesita.
- Informarlo y educarlo sobre los servicios disponibles en el plan del condado.
- Prestarle servicios en su idioma o por medio de un intérprete (si es necesario) sin cargo e informarlo de la disponibilidad de los servicios de interpretación.
- Darle información por escrito sobre lo que está disponible para usted en otros idiomas o formatos. La información por escrito está disponible en inglés y español. Los miembros que necesiten información en otros idiomas pueden recibir asistencia llamando al teléfono de Servicios para Miembros.
- Darle un aviso de cualquier cambio significativo en la información especificada en esta guía al menos 30 días antes de la fecha de vigencia prevista del cambio. Un

- cambio se consideraría significativo cuando hay un aumento o disminución en la cantidad o tipo de servicios que están disponibles, o si hay un aumento o disminución en el número de proveedores de la red, o si hay algún otro cambio que afectaría los beneficios que recibe a través del Plan del condado.
- Informarlo si algún proveedor contratado se niega a prestar o apoyar cualquier servicio cubierto debido a objeciones morales, éticas o religiosas e informarlo de proveedores alternativos que sí prestan el servicio cubierto.

La administración de la información y utilización para miembros está disponible los siete días de la semana, las 24 horas del día llamando al (800) 929-1955.

Información para miembros que necesitan material en un idioma diferente

El condado dará material por escrito en idiomas básicos, actualmente español e inglés. Si un cliente llega y habla un idioma diferente, el condado usará los servicios de Language Line para leerle el material al miembro.

Información para miembros que tienen problemas para leer

El condado leerá el material al miembro

Información para miembros con problemas de audición

El servicio de TTY está disponible para miembros con problemas de audición llamando al 1-800-952-8349.

Información para miembros con problemas de la vista

El condado dará la información en un formato de fuente grande y leerá el material al miembro según sea necesario.

Aviso de prácticas de privacidad

El condado de El Dorado ha adoptado políticas y procedimientos que protegen la privacidad de la información de identificación personal de los miembros.

¿Con quién me comunico si siento que me discriminaron?

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

Da ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades, como:

División de Salud Conductual de la Agencia de Servicios Humanos y de Salud del Condado de El Dorado

Guía para miembros del Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal

Intérpretes calificados de lenguaje de señas

Información por escrito en otros formatos (Braille, letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)

Da servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

Intérpretes calificados de lenguaje oral

Información en los idiomas principales

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Plan del condado.

Si cree que el estado de California o DMC-ODS no cumple en la prestación de estos servicios o lo discriminaron de alguna otra forma por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

El Dorado County Health and Human Services Agency
Behavioral Health Division
ATTN: Problem Resolution Coordinator
768 Pleasant Valley Road, Suite 201
Diamond Springs, CA 95619

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentarla, nuestro coordinador de Resolución de Problemas puede ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles por vía electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) en el portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>. Puede presentar una queja de derechos civiles por correo o por teléfono 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 quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

SERVICIOS

¿Qué son los servicios de DMC-ODS?

Los servicios de DMC-ODS son servicios de atención médica para personas que tienen al menos un SUD que el médico habitual no puede tratar.

Los servicios de DMC-ODS incluyen:

- Servicios para pacientes ambulatorios
- Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- Hospitalización parcial (solo disponible en algunos condados)
- Tratamiento residencial/manejo residencial del síndrome de abstinencia (sujeto a autorización previa del condado)
- Manejo del síndrome de abstinencia para pacientes ambulatorios
- Tratamiento con opioides
- Tratamiento asistido con medicamentos (varía según el condado)
- Servicios de recuperación
- Administración de casos

Si quiere obtener más información sobre cada servicio DMC-ODS que puede estar disponible para usted, vea las descripciones abajo:

Se prestan servicios de orientación para miembros, hasta nueve horas a la semana para adultos y menos de seis horas a la semana para adolescentes, si se determina que son médicamente necesarios de acuerdo con el plan individualizado del cliente. Los servicios los puede prestar un profesional autorizado o un consejero certificado en cualquier entorno apropiado en la comunidad.

Los servicios para pacientes ambulatorios incluyen admisión y evaluación, planificación del tratamiento, orientación individual, orientación en grupo, terapia familiar, servicios colaterales, educación para miembros, servicios de medicamentos, servicios de intervención en caso de crisis y planificación del alta. Todos los servicios para pacientes ambulatorios contratados están disponibles al menos cinco días a la semana, incluyendo al menos dos días a la semana durante las horas de la noche.

Se prestan servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios a los miembros (un mínimo de nueve horas con un máximo de 19 horas a la semana para adultos y un mínimo de seis horas con un máximo de 19 horas a la semana para adolescentes) si se determina que son médicamente necesarios y de acuerdo con el plan individualizado del cliente. Los servicios consisten principalmente en orientación y educación sobre problemas relacionados con la adicción. Los servicios los puede prestar un profesional autorizado o un consejero certificado en cualquier entorno apropiado en la comunidad. Los servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios incluyen los mismos componentes que los servicios para pacientes ambulatorios, sin embargo, la cantidad de horas de servicio es la principal diferencia.

Hospitalización parcial (solo disponible en algunos condados)

Los servicios de hospitalización parcial incluyen 20 horas o más de programación clínicamente intensiva por semana, según se especifique en el plan de tratamiento del miembro. Los programas de hospitalización parcial suelen tener acceso directo a servicios psiquiátricos, médicos y de laboratorio, y deben satisfacer las necesidades identificadas que justifiquen el control o la administración diaria, pero que pueden tratarse de forma adecuada en un entorno ambulatorio estructurado.

Los servicios de hospitalización parcial son similares a los servicios de tratamiento Intensivo para pacientes ambulatorios, siendo las principales diferencias un aumento en el número de horas y más acceso a los servicios médicos.

El tratamiento residencial es un programa residencial no institucional, no médico de 24 horas y de corta duración que presta servicios de rehabilitación a los miembros con un diagnóstico de SUD cuando se determina que es médicamente necesario y de acuerdo con el plan de tratamiento individualizado. Cada miembro vivirá en las instalaciones y recibirá apoyo en sus esfuerzos por restaurar, mantener y aplicar habilidades para la vida interpersonal e independiente y acceder a sistemas de apoyo de la comunidad. Los proveedores y los residentes trabajan en colaboración para definir barreras, establecer prioridades y metas, crear planes de tratamiento y resolver problemas relacionados con el SUD. Los objetivos incluyen mantener la abstinencia, prepararse para los desencadenantes de recaídas, mejorar la salud personal y el funcionamiento social y participar en la atención médica continua. Los servicios residenciales deben tener una autorización previa del Plan del condado. Cada autorización para servicios residenciales puede ser por un máximo de 90 días para adultos y 30 días para jóvenes. Solo se permiten dos

autorizaciones para servicios residenciales en un período de un año. Es posible obtener una ampliación de 30 días por año según la necesidad médica. Las mujeres embarazadas pueden recibir servicios residenciales hasta el último día del mes en que se cumplen los 60 días después del parto. Los miembros elegibles para prueba de detección precoz y periódica, diagnóstico y tratamiento (Early Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, EPSDT) (menores de 21 años) no tendrán los límites de autorización arriba descritos siempre que la necesidad médica establezca la necesidad de servicios residenciales continuos.

Los servicios residenciales incluyen admisión y evaluación, planificación del tratamiento, orientación individual, orientación en grupo, terapia familiar, servicios colaterales, educación para miembros, servicios de medicamentos, preservación de medicamentos (el centro almacenará todos los medicamentos de los residentes y los miembros del personal de las instalaciones pueden ayudar con la autoadministración de los medicamentos del residente), servicios de intervención en caso de crisis, transporte (provisión o coordinación del transporte hacia y desde el tratamiento médicamente necesario) y planificación del alta.

Los servicios de manejo del síndrome de abstinencia se prestan cuando se determina que son médicamente necesarios y de acuerdo con el plan individualizado del cliente. Cada miembro vivirá en el centro si recibe un servicio residencial y será monitoreado durante el proceso de desintoxicación. Los servicios de habilitación y rehabilitación médicamente necesarios se prestan de acuerdo con el plan individualizado del cliente, prescrito por un médico autorizado o un proveedor que receta con licencia, aprobado y autorizado de acuerdo con los requisitos del estado de California.

Los servicios de manejo del síndrome de abstinencia incluyen la admisión y evaluación, la observación (para evaluar el estado de salud y la respuesta a cualquier medicamento recetado), los servicios de medicamentos y la planificación del alta.

Para los beneficiarios en manejo del síndrome de abstinencia, se prestará el servicio de administración de casos para coordinar la atención con los proveedores de la red y facilitar las transiciones entre los niveles de atención.

Los servicios del Programa de tratamiento con opioides (narcóticos) (OTP/NTP) se prestan en los centros autorizados por NTP. Los servicios médicamente

necesarios se prestan según el plan individualizado del cliente que determine un médico autorizado o un proveedor que receta con licencia, aprobado y autorizado conforme a los requisitos del estado de California. Los OTP/NTP deben dar y recetar medicamentos a los miembros cubiertos según la lista de medicamentos cubiertos de DMC-ODS, incluyendo ethadone, buprenorphine, naloxone y disulfiram.

Un miembro debe recibir, como mínimo, 50 minutos de sesiones de orientación con un terapeuta o consejero durante un máximo de 200 minutos por mes calendario, aunque se pueden prestar más servicios según la necesidad médica. Los Servicios de tratamiento con opioides incluyen los mismos componentes que los Servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios, con la inclusión de la psicoterapia médica que consiste en una conversación presencial e individual entre un médico y el miembro.

Los servicios de tratamiento asistido con medicamentos (Medication Assisted Treatment, MAT) están disponibles fuera de la clínica de OTP. MAT es el uso de medicamentos recetados, en combinación con orientación y terapias conductuales, para dar un enfoque de persona integral para el tratamiento del SUD. Dar este nivel de servicio es opcional para los condados participantes.

Los servicios de MAT incluyen ordenar, recetar, administrar y monitorear todos los medicamentos para SUD. La dependencia a opiáceos y al alcohol, en particular, tiene opciones de medicación bien establecidas. Los médicos y otros proveedores que recetan pueden dar medicamentos a los miembros cubiertos según la lista de medicamentos cubiertos de DMC-ODS, incluyendo buprenorphine, naloxone, disulfiram, Vivitrol, acamprosate o cualquier medicamento aprobado por la FDA para el tratamiento del SUD.

Buprenorphine está disponible para los miembros en el oeste del condado de El Dorado a través de El Dorado Community Health Center y se espera que se ofrezca en South Lake Tahoe a través de un proveedor de la red. Buprenorphine también está disponible a través de médicos de consultorios médicos privados que aceptan Medi-Cal.

Los servicios de recuperación son importantes para la recuperación y el bienestar del miembro. La comunidad de tratamiento se convierte en un agente terapéutico que capacita y prepara a los miembros para administrar su salud y atención médica. Por lo tanto, el tratamiento debe enfatizar el papel central del miembro en el manejo de su salud, usar estrategias efectivas de apoyo para el autocontrol y organizar los recursos internos y de la comunidad para dar apoyo continuo para el autocontrol.

Los servicios de recuperación incluyen orientación individual y en grupo; monitoreo de la recuperación/asistencia por abuso de sustancias (orientación en recuperación, prevención de recaídas y servicios de pares); y administración de casos (conexión con apoyos educativos, vocacionales, familiares, de la comunidad, vivienda, transporte y otros servicios basados en la necesidad). Se accede a los Servicios de recuperación cuando es médicamente necesario después de que los miembros hayan completado su tratamiento, ya sea que hayan sido provocados, hayan tenido una recaída o como medida preventiva para evitar una recaída. Los servicios de recuperación pueden prestarse de manera presencial, por teléfono o mediante telesalud con el beneficiario y en cualquier lugar de la comunidad.

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 de la comunidad necesarios. Estos servicios se centran en la coordinación de la atención médica para el tratamiento de SUD, la integración en torno a la atención primaria, especialmente para los miembros con un SUD crónico, 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 continuar con los servicios de administración de casos; transiciones a niveles más altos o más bajos de atención médica para tratamiento de SUD; desarrollo y revisión periódica del plan del cliente que incluye actividades de servicio; comunicación, coordinación, remisión y actividades relacionadas; supervisar la prestación de servicios para garantizar el acceso de los miembros al servicio y al sistema de prestación de servicios; monitorear el progreso del miembro; y defensa de los miembros, conexiones con la atención médica de la salud física y mental, transporte y retención en los servicios de atención primaria.

La administración de casos deberá ser congruente y no violará la confidencialidad de ninguno de los miembros como se establece en las leyes federales y de California.

Los servicios de administración de casos incluyen la coordinación con las agencias que hacen la remisión (por ejemplo, libertad condicional, servicios de bienestar infantil y CalWORKs), comunicación del progreso y la ayuda a los miembros para que accedan a los beneficios del condado que sean necesarios.

Un objetivo clave es reducir el riesgo de una recaída, especialmente entre los miembros con SUD crónico. Los administradores de casos ayudan a los miembros con la colocación inicial, las transiciones a diferentes niveles de atención médica y la planificación del alta. Los administradores de casos también darán apoyo

División de Salud Conductual de la Agencia de Servicios Humanos y de Salud del Condado de El Dorado

Guía para miembros del Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal

para programar citas de admisión y conectar a los beneficiarios con los servicios de apoyo auxiliares.

Prueba de detección precoz y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)

Si usted es menor de 21 años, puede recibir más servicios médicamente necesarios en el marco de la prueba de detección precoz y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT). Los servicios de EPSDT incluyen pruebas de detección, vista, dental, audición y todos los demás servicios obligatorios y opcionales médicamente necesarios mencionados en la ley federal 42 U.S.C. 1396d(a) para corregir o mejorar defectos y enfermedades, y condiciones físicas y mentales identificadas en una evaluación de EPSDT, independientemente de que los servicios estén o no cubiertos para adultos. El requisito de necesidad médica y la efectividad de costos son las únicas limitaciones o exclusiones que se aplican a los servicios de EPSDT.

Para obtener una descripción más completa de los servicios de EPSDT que están disponibles y para obtener respuestas a sus preguntas, llame a Servicios para Miembros del Sistema Organizado de Entrega (ODS) de Medicamentos de Medi-Cal del Condado de El Dorado al (800) 929-1955.

CÓMO OBTENER LOS SERVICIOS DE DMC-ODS

¿Cómo obtengo los servicios de DMC-ODS?

Si cree que necesita servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias (SUD), puede obtenerlos solicitándolos usted mismo al Plan del Condado. Puede llamar al teléfono de llamada sin costo de su condado que se menciona en la portada de esta guía. También lo pueden remitir al Plan del condado para recibir los servicios para el tratamiento de SUD de otras formas. El Plan del condado debe aceptar remisiones para servicios de tratamiento de SUD de médicos y otros proveedores de atención primaria que crean que usted puede necesitar los servicios y de su plan de atención médica administrada de Medi-Cal, si es miembro. Generalmente, el proveedor o el plan de atención médica administrada de Medi-Cal necesitará su permiso o el permiso del padre o cuidador de un menor para hacer la remisión, a menos que sea una emergencia. Otras personas y organizaciones también pueden hacer remisiones al condado, incluyendo las escuelas; departamentos de bienestar o servicios sociales del condado; procuradores, tutores o familiares; y agencias de cumplimiento de la ley.

Los servicios cubiertos están disponibles a través de la red de proveedores de ODS de Medicamentos de Medi-Cal del Condado de El Dorado. Si algún proveedor contratado presenta una objeción para hacer o respaldar algún servicio cubierto, ODS de medicamentos de Medi-Cal del condado de El Dorado hará los arreglos necesarios para que otro proveedor preste el servicio. ODS de medicamentos de Medi-Cal del condado de El Dorado responderá con remisiones y coordinación oportunas en caso de que un proveedor no tenga disponible un servicio cubierto debido a objeciones religiosas, éticas o morales al servicio cubierto.

Los administradores de casos de proveedores de la red de ODS de medicamentos de Medi-Cal del condado de El Dorado serán responsables de ayudar al beneficiario con la colocación inicial, las transiciones a diferentes niveles de atención médica y la planificación del alta. Los administradores de casos también darán apoyo para programar citas de admisión y conectar a los miembros con los servicios de apoyo auxiliares.

Cuando un miembro necesita un aumento o una disminución en el nivel de atención médica, el proveedor de la red hará una remisión al nivel de tratamiento adecuado. Si el plan DMC-ODS de EDC no da el tratamiento que se indica en el resultado de la evaluación, el proveedor de la red remitirá a la persona a un proveedor certificado de la red DMC-ODS dentro de la comunidad que preste el nivel de atención médica adecuado. Si el proveedor de la red que da el alta no puede determinar o ubicar una remisión adecuada, el administrador de casos de la persona se comunicará con el plan DMC ODS de Medi-Cal del condado de El Dorado para ayudar a identificar una remisión adecuada.

¿Dónde puedo obtener los servicios de DMC-ODS?

El condado de El Dorado está participando en el programa piloto DMC-ODS. Debido a que usted es residente del condado de El Dorado, puede obtener los servicios de DMC-ODS a través del plan de ODS de Medicamentos de Medi-Cal del condado de El Dorado. El Plan del condado tiene proveedores del tratamiento de SUD disponibles para tratar las condiciones médicas cubiertas por el plan. Otros condados que prestan los servicios de Medicamentos de Medi-Cal que no participan en el programa piloto de DMC-ODS podrán prestarle servicios regulares de DMC si es necesario. Si es menor de 21 años, también es elegible para los servicios de EPSDT en cualquier otro condado del estado.

Servicios después del horario de atención.

La información de los miembros y las solicitudes de servicios autorizados basadas en una necesidad urgente o de emergencia están disponibles los siete días de la semana, las 24 horas del día llamando al (800) 929-1955.

Si un miembro tiene una necesidad urgente o de emergencia de tratamiento residencial identificado después del horario de atención/fines de semana y el centro puede admitir al miembro, el proveedor se comunicará con la línea de acceso las 24 horas del día, los siete días de la semana, para iniciar la solicitud de colocación inmediata. ODS de medicamentos de Medi-Cal del condado de El Dorado revisará las solicitudes de autorización urgente o de emergencia para servicios residenciales dentro de las 24 horas posteriores a la presentación de la solicitud por el proveedor y responderá con respecto a la aprobación de un número específico de días de tratamiento, la denegación de la solicitud o la solicitud de más información.

¿Cómo puedo saber si necesito ayuda?

Muchas personas pasan momentos difíciles en la vida y pueden tener problemas de SUD. Lo más importante que debe recordar al preguntarse si necesita ayuda profesional es confiar en sí mismo. Si es elegible para Medi-Cal y cree que puede necesitar ayuda profesional, debe pedir una evaluación del Plan del condado para saberlo con certeza, ya que actualmente vive en un condado participante de DMC-ODS.

¿Cómo sé cuándo un niño o adolescente necesita ayuda?

Puede comunicarse con el plan DMC-ODS del condado participante para una evaluación del niño o adolescente si cree que muestra alguna de las señales de un SUD. Si el niño o adolescente califica para Medi-Cal y la evaluación del condado indica que los servicios de tratamiento de drogas y alcohol cubiertos por el condado participante son necesarios, el condado hará los arreglos necesarios para que el niño 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 es menor de 21 años, es elegible para la prueba de detección precoz y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT), que puede incluir más cobertura y beneficios.

Su proveedor de salud mental (MHP) determinará si necesita servicios especializados de salud mental. Si necesita servicios especializados de salud mental, el MHP lo remitirá 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 servicios para el tratamiento de SUD a través del plan DMC-ODS del condado es algo llamado "necesidad médica". Esto significa que un médico u otro profesional autorizado hablará con usted para decidir si existe una necesidad médica de servicios y si los servicios pueden ayudarlo si los recibe.

El término necesidad médica es importante porque ayudará a decidir si es elegible para los servicios de DMC-ODS y qué tipo de servicios de DMC-ODS son apropiados. Decidir la necesidad médica es una parte muy importante del proceso para obtener los servicios de DMC-ODS.

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

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

Para recibir servicios a través del DMC-ODS, debe cumplir los siguientes criterios:

- Debe estar inscrito en Medi-Cal.

- Debe vivir en un condado que participe en el DMC-ODS.

- Debe tener al menos un diagnóstico del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual, DSM) para un trastorno de adicción relacionado con sustancias. Cualquier adulto o joven menor de 21 años que sea

evaluado como "en riesgo" de desarrollar un SUD será elegible para los servicios de Intervención temprana si no cumple los criterios de necesidad médica.

Debe cumplir la definición de necesidad médica de servicios de la Sociedad Americana de Medicina de Adicciones (American Society of Addiction Medicine, ASAM) basada en los Criterios de ASAM (los Criterios de ASAM son estándares nacionales de tratamiento para condiciones de adicción y relacionadas con sustancias).

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

CÓMO SELECCIONAR UN PROVEEDOR

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

El Plan del condado puede poner algunos límites a la elección de proveedores. El plan DMC-ODS del condado debe darle la oportunidad de elegir entre al menos dos proveedores cuando comience a recibir los servicios, a menos que el plan del condado tenga un buen motivo por el que no pueda darle una opción, por ejemplo, solo hay un proveedor que puede prestar el servicio que necesita. El Plan del condado también debe permitirle cambiar de proveedor. Cuando pide cambiar de proveedor, el condado debe permitirle elegir al menos entre dos proveedores, a menos que haya un buen motivo para no hacerlo.

A veces, los proveedores que contrata el condado abandonan la red por su cuenta o por solicitud del Plan del condado. Cuando esto sucede, el Plan del condado debe hacer un esfuerzo de buena fe para informar por escrito sobre la rescisión de un proveedor contratado por el condado dentro de un período de 15 días después de la recepción o la emisión del aviso de rescisión, a cada persona que estaba recibiendo servicios para el tratamiento de SUD de ese proveedor.

Cuando encuentro un proveedor, ¿puede el plan del condado decirle al proveedor qué servicios recibirá?

Usted, su proveedor y el Plan del condado deben estar involucrados en la decisión de qué servicios necesita recibir a través del condado siguiendo los criterios de necesidad médica y la lista de servicios cubiertos. A veces, el condado dejará que usted y el proveedor tomen esa decisión. Otras veces, antes de la prestación del servicio, el Plan del condado podría exigir al proveedor que envíe los motivos por los que cree que usted necesita un servicio. El plan del condado debe usar un profesional calificado para hacer la revisión. Este proceso de revisión se llama proceso de autorización de pago del plan.

El proceso de autorización del Plan del Condado debe cumplir plazos específicos. Para una autorización estándar, el Plan debe tomar una decisión sobre la solicitud de su proveedor en un plazo de 14 días calendario. Si usted o su proveedor lo solicitan o si el Plan del Condado cree que le conviene obtener más información de su proveedor, el plazo se puede ampliar hasta otros 14 días calendario. Un ejemplo de cuándo una ampliación podría ser de su interés, es cuando el condado cree que podría aprobar la solicitud de autorización de su proveedor si el Plan del condado tuviera más información de su proveedor y tuviera que rechazar la solicitud sin la información. Si el plan del condado amplía el plazo, el condado le enviará un aviso por escrito sobre la ampliación.

Si el condado no toma una decisión dentro del plazo necesario para una solicitud de autorización estándar o expedita, el Plan del condado debe enviarle un Aviso de determinación adversa de beneficios para informarlo de que los servicios se denegaron y que puede presentar una apelación o pedir para una audiencia imparcial del estado.

Puede pedir al Plan del Condado más información sobre su proceso de autorización. Consulte la sección inicial de esta guía para saber cómo pedir la información.

Si no está de acuerdo con la decisión del Plan del condado sobre un proceso de autorización, puede presentar una apelación ante el condado o pedir una audiencia imparcial del estado.

¿Qué proveedores usa el plan DMC-ODS?

Si es nuevo en el Plan del condado, puede encontrar una lista completa de proveedores al final de esta guía e información sobre dónde están situados los proveedores, qué servicios para el tratamiento de SUD prestan y otra información para ayudarlo a acceder a atención médica, incluyendo información sobre los servicios culturales y lingüísticos que están disponibles a través de los proveedores. Si tiene preguntas puede llamar al teléfono de llamada sin costo de su condado que está en la portada de esta guía.

AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS

¿Qué es un Aviso de determinación adversa de beneficios?

Un Aviso de determinación adversa de beneficios, a veces llamado NOABD, es un formulario que usa el plan DMC-ODS del condado para informarlo cuando el plan toma una decisión sobre si usted recibirá o no los servicios para el tratamiento de SUD de Medi-Cal. También se usa un Aviso de determinación adversa de beneficios para informarlo si su queja formal, apelación o apelación expedita no se resolvió a tiempo, o si no recibió los servicios dentro de los estándares de plazo del Plan del condado para prestación de servicios.

¿Cuándo recibiré un aviso de determinación adversa de beneficios?

Recibirá un Aviso de determinación adversa de beneficios:

- Si el Plan del condado o uno de los proveedores del plan del condado decide que no califica para recibir los servicios para el tratamiento de SUD de Medi-Cal porque no cumple los criterios de necesidad médica.
- Si el proveedor cree que necesita un servicio de tratamiento de SUD y pide la aprobación del Plan del Condado, pero el Plan del Condado no está de acuerdo y rechaza la solicitud de su proveedor, o cambia el tipo o la frecuencia del servicio. La mayoría de las veces recibirá un Aviso de determinación adversa de beneficios antes de recibir el servicio, pero a veces el Aviso de determinación adversa de beneficios llegará después de que ya recibió el servicio o mientras lo está recibiendo. Si recibe un Aviso de determinación adversa de beneficios después de haber recibido el servicio, no tiene que pagar el servicio.
- Si su proveedor pidió la aprobación del Plan del condado, pero el Plan del condado necesita más información para tomar una decisión y no completa el proceso de aprobación a tiempo.
- Si el Plan del condado no le presta los servicios según los plazos establecidos. Llame al Plan del condado para averiguar si tiene estándares de plazos establecidos.
- Si presenta una queja formal ante el Plan del condado y el Plan del condado no se comunica con usted con una decisión por escrito sobre su queja formal dentro de un período de 90 días calendario. Si presenta una apelación ante el Plan del condado y el Plan del condado no se comunica con usted con una decisión por escrito sobre su apelación dentro de un período de 30 días calendario o, si presentó una apelación expedita y no recibió una respuesta dentro de 72 horas.

¿Recibiré siempre un aviso de determinación adversa de beneficios cuando no obtenga los servicios que quiero?

Hay algunos casos en los que es posible que no reciba un Aviso de determinación adversa de beneficios. Aún puede presentar una apelación ante el Plan del Condado o, si ya completó el proceso de apelación, puede pedir una audiencia imparcial estatal cuando esas cosas sucedan. En esta guía se incluye información sobre cómo presentar una apelación o pedir una audiencia imparcial. Además, la información debe estar disponible en el consultorio de su proveedor.

¿Qué me informará el Aviso de determinación adversa de beneficios?

El Aviso de determinación adversa de beneficios le informará:

- Lo que hizo el Plan del condado que lo afecta a usted y a su capacidad para recibir los servicios.
- La fecha de vigencia de la decisión y el motivo por el que el plan tomó la decisión.
- Las normas estatales o federales que seguía el condado cuando tomó la decisión.

- Cuáles son sus derechos si no está de acuerdo con lo que hizo el plan.
- Cómo presentar una apelación ante el plan.
- Cómo pedir una audiencia imparcial del estado.
- Cómo pedir una apelación expedita o una audiencia imparcial expedita
- Cómo obtener ayuda para presentar una apelación o pedir una audiencia imparcial del estado.
- Cuánto tiempo tiene para presentar una apelación o pedir una audiencia imparcial del estado
- Si es elegible para continuar recibiendo servicios mientras espera una resolución de la apelación o la audiencia imparcial del estado.
- Cuando tiene que presentar su solicitud de apelación o audiencia imparcial del estado si quiere continuar con los servicios.

¿Qué debo hacer cuando recibo un aviso de determinación adversa de beneficios?

Cuando reciba un Aviso de determinación adversa de beneficios, debe leer detenidamente toda la información del formulario. Si no comprende el formulario, el Plan del condado puede ayudarlo. También puede pedirle ayuda a otra persona.

Puede pedir la continuación del servicio que se interrumpió cuando presente una apelación o una solicitud de audiencia imparcial del estado. Debe pedir la continuación de los servicios a más tardar 10 días calendario después de la fecha en que el Aviso de determinación adversa de beneficios fue sellado en correos o en que usted lo recibió personalmente, o antes de la fecha de vigencia del cambio.

PROCESOS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

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

El Plan del condado tiene una forma para que usted resuelva un problema sobre cualquier asunto relacionado con los servicios de tratamiento de SUD que está recibiendo. Esto se llama proceso de resolución de problemas y podría involucrar los siguientes procesos.

1. El proceso de queja formal: una expresión de descontento por cualquier asunto relacionado con sus servicios para el tratamiento de SUD, que no sea una determinación adversa de beneficios.
2. El proceso de apelación: revisión de una decisión (denegación o cambios en los servicios) que el Plan del condado o su proveedor tomó sobre sus servicios para el tratamiento de SUD.
3. El proceso de audiencia imparcial del estado: revisión para asegurarse de que recibe los servicios para el tratamiento de SUD a los que tiene derecho según el programa de Medi-Cal.

Presentar una queja formal o apelación, o una audiencia imparcial del estado, no contará en su contra y no afectará los servicios que está recibiendo. Cuando su queja formal o apelación esté completa, su plan del condado le informará el resultado final a usted y a las demás personas involucradas. Cuando finalice su audiencia imparcial del estado, la Oficina de Audiencias del Estado le informará el resultado final a usted y a las demás personas involucradas.

Obtenga más información sobre cada proceso de resolución de problemas abajo.

¿Puedo obtener ayuda para presentar una apelación, una queja formal o una audiencia imparcial del estado?

El Plan del condado tendrá personas disponibles para explicarle estos procesos y para ayudarlo a reportar un problema, ya sea como una queja formal, una apelación o como una solicitud de audiencia imparcial del estado. También pueden ayudarlo a decidir si califica para lo que se llama un proceso “expedito”, lo que significa que se revisará más rápido porque su salud o estabilidad están en riesgo. También puede autorizar a otra persona a actuar en su nombre, incluyendo al proveedor del tratamiento de SUD.

Si necesita ayuda, llame a la Oficina de Derechos del Paciente al 530-621-6183.

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

Puede recibir ayuda del estado si tiene problemas para encontrar a las personas adecuadas en el condado que lo ayuden a saber qué camino tomar en el sistema.

Puede recibir ayuda legal gratuita en la oficina de asistencia legal de su localidad o en otros grupos. Puede preguntar sobre sus derechos de audiencia o asistencia legal gratuita en la Unidad de Investigación y Respuesta Pública (Public Inquiry and Response Unit):

Llamada sin costo: 1-800-952-5253

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

EL PROCESO DE QUEJA FORMAL

¿Qué es una queja formal?

Una queja formal es una expresión de descontento por cualquier cosa relacionada con los servicios para el tratamiento de SUD que no sea uno de los problemas cubiertos por los procesos de apelación y audiencia imparcial del estado.

El proceso de queja formal:

- Implicará procedimientos simples y de fácil comprensión que le permiten presentar su queja formal de forma oral o por escrito.
- Eso no pesa en contra suya ni de su proveedor de ninguna manera.
- Le permitirá autorizar a otra persona para que actúe en su nombre, incluyendo un proveedor. Si autoriza a otra persona a actuar en su nombre, el plan del condado podría pedirle que firme un formulario que autoriza al plan a revelar información a esa persona.
- Garantizará que las personas que toman las decisiones estén calificadas para hacerlo y no estén involucradas en ningún nivel previo de revisión o toma de decisiones.
- Identificará las funciones y responsabilidades que recaen sobre usted, el Plan del condado y su proveedor.
- Dará una resolución para la queja formal en los plazos estipulados.

¿Cuándo puedo presentar una queja formal?

Puede presentar una queja formal ante el Plan del condado en cualquier momento si no está satisfecho con los servicios para el tratamiento de SUD que recibe del Plan del condado o si tiene otra preocupación con respecto a dicho Plan.

¿Cómo puedo presentar una queja formal?

Puede llamar al teléfono de llamada sin costo del Plan del condado para obtener ayuda con una queja formal. El condado entregará sobres con dirección en todos los centros de los proveedores para que usted envíe la queja formal por correo. Las quejas formales pueden presentarse de manera oral o por escrito. Las quejas formales orales no tienen que ser objeto de seguimiento por escrito.

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

El Plan del condado le avisará que recibió su queja formal enviándole una confirmación por escrito.

¿Cuándo tomarán una decisión sobre queja formal?

El Plan del Condado debe tomar una decisión sobre su queja formal en un período de 90 días calendario a partir de la fecha en que la presentó. Los plazos pueden ampliarse hasta 14 días calendario si solicita una ampliación o si el plan del condado cree que necesita más información y que la demora es para su beneficio. Un ejemplo de cuándo una demora podría ser para su beneficio es cuando el condado cree que podría resolver su queja formal 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 tomó una decisión sobre mi queja formal?

Cuando se haya tomado una decisión con respecto a su queja formal, el Plan del condado le informará en consecuencia a usted o a su representante por escrito. Si el Plan del condado no le informa a usted o a las partes afectadas sobre la decisión de la queja formal a tiempo, entonces el Plan del condado le enviará un aviso de determinación adversa de beneficios para informarlo de su derecho a pedir una audiencia imparcial del estado. El plan del condado le enviará un Aviso de determinación adversa de beneficios en la fecha en que venza el plazo.

¿Hay una fecha límite para presentar una queja formal?

Puede presentar una queja formal en cualquier momento.

EL PROCESO DE APELACIÓN (estándar y expedita)

El Plan del condado es responsable de permitirle que pida la revisión de una decisión que el plan o sus proveedores tomaron sobre sus servicios para el tratamiento de SUD. Hay dos formas de pedir una revisión. Una forma es usar el proceso de apelación estándar. La segunda forma es mediante el proceso de apelación expedita. Estas dos formas de apelación son similares; sin embargo, existen requisitos específicos para calificar para una apelación expedita. Los requisitos específicos se explican abajo.

¿Qué es una apelación estándar?

Una apelación estándar es una solicitud de revisión de un problema que tiene con el plan o su proveedor que involucra una denegación o cambios en los servicios que cree que necesita. Si solicita una apelación estándar, el plan del condado puede tardar hasta 30 días calendario en revisarla. Si cree que esperar 30 días calendario pondrá en riesgo su salud, debe pedir una “apelación expedita”.

El proceso de apelación estándar:

- Le permitirá presentar una apelación en persona, por teléfono o por escrito. Si presenta su apelación en persona o por teléfono, debe darle seguimiento con una apelación por escrito firmada. Puede obtener ayuda para redactar la apelación. Si no hace un seguimiento con una apelación por escrito firmada, su apelación no se resolverá. Sin embargo, la fecha en que presentó la apelación oral es la fecha de presentación.
- Tenga por seguro que presentar una apelación no pesará de ninguna manera en contra de usted ni su proveedor.

- Le permitirá autorizar a otra persona para que actúe en su nombre, incluyendo un proveedor. Si autoriza a otra persona a actuar en su nombre, es posible que el plan le pida que firme un formulario autorizando que el plan revele información a esa persona.
- Permitirá que sus beneficios continúen después de pedir una apelación dentro del plazo establecido, que es de 10 días calendario a partir de la fecha en que el Aviso de determinación adversa de beneficios fue sellado en correos o que usted lo recibió personalmente. No tiene que pagar los servicios continuos mientras la apelación esté pendiente. Si 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 deba 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 no estén involucradas en ningún nivel previo de revisión o toma de decisiones.
- Permitirá que usted o su representante examinen el expediente de su caso, incluyendo su expediente médico, y cualquier otro documento o expediente considerado durante el proceso de apelación, antes y durante el proceso de apelación.
- Le dará una oportunidad razonable para presentar pruebas y alegaciones de hecho o de derecho, en persona o por escrito.
- Permitirá que usted, su representante o el representante legal del patrimonio de un miembro fallecido sea incluido como una de las partes de la apelación.
- Le informará que su apelación está en revisión mediante el envío de una confirmación por escrito.
- Le informará su derecho a pedir una audiencia imparcial del estado, después de la finalización del proceso de apelación.

¿Cuándo puedo presentar una apelación?

Puede presentar una apelación ante el plan DMC-ODS del condado:

- Si el condado o uno de los proveedores contratados por el condado decide que usted no califica para recibir los servicios para el tratamiento de SUD de Medi-Cal porque no cumple los criterios de necesidad médica.
- Si el proveedor cree que necesita un servicio de tratamiento de SUD y solicita la aprobación del condado, pero el condado no está de acuerdo y rechaza la solicitud de su proveedor, o cambia el tipo o la frecuencia del servicio.
- Si el proveedor pidió la aprobación del Plan del condado, pero el condado necesita más información para tomar una decisión y no completa el proceso de aprobación a tiempo.
- Si el Plan del condado no le presta los servicios según los plazos establecidos.
- Si cree que el plan del condado no está prestando los servicios lo suficientemente rápido para satisfacer sus necesidades.

División de Salud Conductual de la Agencia de Servicios Humanos y de Salud del Condado de El Dorado

Guía para miembros del Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal

- Si su queja formal, apelación o apelación expedita no se resolvió a tiempo.
- Si usted y su proveedor no están de acuerdo con los servicios de SUD que necesita.

¿Cómo puedo presentar una apelación?

Puede llamar al teléfono de llamada sin costo del Plan del condado para obtener ayuda con la presentación de una apelación. El plan entregará sobres con dirección en todos los centros de los proveedores para que usted envíe la apelación por correo.

¿Cómo puedo saber si mi apelación fue resuelta?

El plan DMC-ODS de su condado le avisará por escrito a usted o a su representante sobre la decisión de su apelación. La notificación tendrá esta información:

- Los resultados del proceso de resolución de apelaciones.
- La fecha en que se tomó la decisión de la apelación.
- Si la apelación no se resuelve totalmente a su favor, el aviso también contendrá información sobre su derecho a una audiencia imparcial del estado y el procedimiento para presentarla.

¿Hay una fecha límite para presentar una apelación?

Debe presentar una apelación dentro de un período de 60 días calendario después de la fecha del Aviso de determinación adversa de beneficios. Tenga en cuenta que no siempre recibirá un Aviso de determinación adversa de beneficios. No hay fechas límite para presentar una apelación cuando no recibe un Aviso de determinación adversa de beneficios; por lo que puede presentar este tipo de apelación en cualquier momento.

¿Cuándo se tomará una decisión sobre mi apelación?

El Plan del Condado debe tomar una decisión sobre su apelación en un plazo de 30 días calendario desde que el Plan del condado recibe su solicitud de apelación. Los plazos pueden ampliarse hasta 14 días calendario si solicita una ampliación o si el plan del condado cree que necesita más información y que la demora es para su beneficio. Un ejemplo de cuándo una demora es para su beneficio es cuando el condado cree que podría aprobar su apelación formal si el Plan del condado tuviera un poco más de tiempo para obtener información de usted o de su proveedor.

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

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

¿Qué es una apelación expedita?

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

- La apelación debe cumplir ciertos requisitos.
- El proceso de apelaciones expeditas también tiene plazos diferentes a los de las apelaciones estándar.
- Puede hacer una solicitud verbal para una apelación expedita. No es necesario que presente su solicitud de apelación expedita por escrito.

¿Cuándo puedo presentar una apelación expedita?

Si cree que esperar hasta 30 días calendario para una decisión de apelación estándar pondrá en peligro su vida, salud o capacidad para lograr, mantener o recuperar la función máxima, puede pedir una resolución expedita de una apelación. Si el plan del condado acepta que su apelación cumple los requisitos para una apelación expedita, el condado resolverá la apelación expedita en las 72 horas después de que el Plan del condado recibe la apelación. Los plazos pueden ampliarse hasta 14 días calendario si solicita una ampliación o si el plan del condado muestra que necesita más información y que la demora es para su beneficio. Si el Plan del condado amplía los plazos, el plan le dará una explicación por escrito de por qué se ampliaron los plazos.

Si el Plan del condado decide que su apelación no califica para una apelación expedita, el Plan del Condado debe hacer todos los esfuerzos razonables para darle un aviso oral inmediato y le informará por escrito el motivo de la decisión en un plazo de 2 días calendario. Luego, su apelación seguirá los plazos de apelación estándar descritos arriba en esta sección. Si no está de acuerdo con la decisión del condado de que su apelación no cumple los criterios de apelación expedita, puede presentar una queja formal.

Cuando el Plan del condado resuelva su apelación expedita, el plan le informará a usted y a todas las partes afectadas de manera oral y por escrito.

PROCESO DE AUDIENCIA IMPARCIAL DEL ESTADO

¿Qué es una audiencia imparcial del estado?

Una audiencia imparcial del estado es una revisión independiente que hace el Departamento de Servicios Sociales de California (California Department of Social Services) para garantizar que reciba los servicios para el tratamiento de SUD a los que tiene derecho según el programa Medi-Cal.

Cuáles son mis derechos en la audiencia imparcial del estado?

Usted tiene derecho a:

- Tener una audiencia ante el Departamento de Servicios Sociales de California (también llamada Audiencia imparcial del estado).
- Recibir información sobre cómo pedir una audiencia imparcial del estado.
- Recibir información sobre las reglas que rigen la representación en la Audiencia imparcial del estado.
- Que sus beneficios continúen después de su solicitud durante el proceso de Audiencia imparcial del estado si la solicita dentro de los plazos establecidos.

¿Cuándo puedo pedir una audiencia imparcial del estado?

Puede pedir una audiencia imparcial del estado:

- Si completó el proceso de apelación del Plan del condado.
- Si el condado o uno de los proveedores contratados por el condado decide que usted no califica para recibir los servicios para el tratamiento de SUD de Medi-Cal porque no cumple los criterios de necesidad médica.
- Si su proveedor cree que necesita un servicio de tratamiento de SUD y solicita la aprobación del Plan del Condado, pero el Plan del Condado no está de acuerdo y rechaza la solicitud de su proveedor, o cambia el tipo o la frecuencia del servicio.
- Si el proveedor pidió la aprobación del Plan del condado, pero el condado necesita más información para tomar una decisión y no completa el proceso de aprobación a tiempo.
- Si el condado no le presta los servicios según los plazos establecidos.
- Si cree que el plan del condado no está prestando los servicios lo suficientemente rápido para satisfacer sus necesidades.
- Si su queja formal, apelación o apelación expedita no se resolvió a tiempo.
- Si usted y su proveedor no están de acuerdo con los servicios para el tratamiento de SUD que necesita.

¿Cómo pido una audiencia imparcial del estado?

Puede pedir una audiencia imparcial del estado directamente al Departamento de Servicios Sociales de California. Puede pedir una audiencia estatal imparcial 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 TDD al 1-800-952-8349.

¿Hay una fecha límite para presentar una audiencia imparcial del estado?

Solo tiene 120 días calendario para pedir una audiencia imparcial del estado. Los 120 días comienzan el día después de que el Plan del condado le dio personalmente el aviso de decisión de la apelación o el día después de la fecha en que el aviso de decisión de apelación del condado fue sellado en correos.

Si no recibió un Aviso de determinación adversa de beneficios, puede pedir una audiencia imparcial del estado en cualquier momento.

¿Puedo continuar con los servicios mientras espero la decisión de una audiencia imparcial del estado?

Sí, si actualmente está recibiendo tratamiento y quiere continuar con su tratamiento durante el proceso apelación, debe pedir una audiencia imparcial del estado dentro de los 10 días posteriores a la fecha en que el aviso de decisión de la apelación fue sellado en correos o la fecha en que lo recibió O antes de la fecha establecida por el Plan del condado para la interrupción o reducción de los servicios. Cuando pide una audiencia imparcial del estado, debe decir que quiere seguir recibiendo su tratamiento. Además, no tendrá que pagar los servicios recibidos mientras la Audiencia imparcial del estado esté pendiente.

Si 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 apelación estaba pendiente;

¿Qué sucede si no puedo esperar 90 días para recibir la decisión de la Audiencia imparcial del estado?

Puede pedir una audiencia imparcial del estado expedita (más rápida) si cree que el plazo normal de 90 días calendario causará problemas graves a su salud, incluyendo problemas con la capacidad para ganar, mantener o recuperar funciones importantes para la vida. La División de Audiencias del Estado del Departamento de Servicios Sociales, revisará su solicitud de una Audiencia imparcial del estado expedita y decidirá si califica. Si se aprueba su solicitud de una audiencia expedita, se hará la audiencia y se emitirá una decisión sobre la audiencia en un período de 3 días hábiles después de que la División de Audiencias del Estado reciba su solicitud.

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

¿Quién puede obtener Medi-Cal?

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

- Si es mayor de 65 años
- Si es menor de 21 años
- Un adulto, entre 21 y 65 años según la elegibilidad de ingresos
- Ciego o discapacitado
- Embarazada
- Ciertos refugiados o inmigrantes cubanos/haitianos
- Está recibiendo atención en un centro de atención residencial

Debe vivir en California para calificar para Medi-Cal. Llame o visite la Oficina de Servicios Sociales de su condado local para pedir una solicitud de Medi-Cal, u obtenga una en Internet en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ApplyforMedi-Cal.aspx>.

¿Tengo que pagar para tener Medi-Cal?

Es posible que deba pagar Medi-Cal según la cantidad de dinero que reciba o gane cada mes.

- Si sus ingresos son inferiores a los límites de Medi-Cal para el tamaño de su familia, no tendrá que pagar por los servicios de Medi-Cal.
- Si sus ingresos superan los límites de Medi-Cal para el tamaño de su familia, tendrá que pagar algo de dinero para recibir los servicios de tratamiento médico o de SUD. La cantidad que paga se denomina 'parte del costo'. Una vez que haya pagado su 'parte del costo', Medi-Cal pagará el resto de sus facturas médicas cubiertas para ese mes. En los meses que no tiene gastos médicos, no tiene que pagar nada.
- Es posible que deba pagar un 'copago' por algún tratamiento de Medi-Cal. Esto significa que usted paga una cantidad como gastos de bolsillo cada vez que recibe un servicio de tratamiento médico o de SUD, o un medicamento recetado (medicamento), y un copago si acude a la sala de emergencias de un hospital para recibir sus servicios habituales.

El proveedor le dirá si necesita hacer un copago.

¿Medi-Cal cubre el transporte?

Si tiene problemas para llegar a sus citas médicas o citas de tratamiento por consumo de drogas y alcohol, el programa Medi-Cal puede ayudarlo a encontrar transporte.

- Para los niños, el programa de Prevención de Discapacidades y Salud Infantil (Child Health and Disability Prevention, CHDP) del condado puede ayudar. También puede comunicarse con la oficina de servicios sociales de su condado.
West Slope: (530) 642-7300
South Lake Tahoe: (530) 573-3200
También puede obtener información en línea visitando www.dhcs.ca.gov, luego haciendo clic en 'Services' (Servicios) y luego en 'Medi-Cal'.
- Para los adultos, la oficina de servicios sociales de su condado puede ayudar.
West Slope: (530) 642-7300
South Lake Tahoe: (530) 573-3200
- Si está inscrito en un Plan de atención médica administrada de Medi-Cal (Managed Care Plan, MCP), MCP debe ayudar 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, incluyendo aquellas que no están incluidas en el programa DMC-ODS.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

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

Como persona elegible para Medi-Cal y residente en un condado del programa piloto DMC-ODS, tiene derecho a recibir servicios médicamente necesarios para el tratamiento de SUD del Plan del condado. Usted tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto, teniendo debidamente en cuenta su derecho a la privacidad y la necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica.
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentada de una manera adecuada a la condición y capacidad de comprensión del Miembro.
- Participar en las decisiones relacionadas con la atención médica del SUD, incluyendo el derecho a rechazar el tratamiento.
- Recibir acceso oportuno a la atención médica, incluyendo los servicios disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, cuando sea médicamente necesario para tratar una condición médica de emergencia o una condición urgente o de crisis.
- Recibir la información en esta guía sobre los servicios para el tratamiento de SUD cubiertos por el plan DMC-ODS del condado, otras obligaciones del plan del condado y sus derechos como se describen aquí.
- Proteger su información médica confidencial.
- Pedir y recibir una copia de sus expedientes médicos y pedir que se modifiquen o corrijan según se especifica en 45 CFR, Secciones 164.524 y 164.526.

- Recibir material por escrito en formatos alternativos (incluyendo Braille, letra grande y formato de audio) a pedido y de manera oportuna y apropiada para el formato solicitado.
- Recibir servicios de interpretación oral para su idioma preferido.
- Recibir servicios para el tratamiento de SUD de un Plan del condado que cumpla los requisitos de su contrato con el estado en las áreas de disponibilidad de servicios, garantías de capacidad y servicios adecuados, coordinación y continuidad de la atención y cobertura y autorización de servicios.
- Acceder a los Servicios de consentimiento para menores, si es menor de edad.
- Acceder a los servicios médicamente necesarios fuera de la red de manera oportuna, si el plan no tiene un empleado o proveedor contratado que pueda prestar los servicios. “Proveedor fuera de la red” significa un proveedor que no está en la lista de proveedores del Plan del condado. El condado debe asegurarse de que no pague nada más por consultar a un proveedor fuera de la red. Puede comunicarse con Servicios para Miembros al (800) 929-1955 para obtener información de cómo recibir servicios de un proveedor fuera de la red.
- Pedir una segunda opinión de un profesional de atención médica calificado dentro de la red del condado o fuera de la red, sin más costo para usted.
- Presentar quejas formales, ya sea verbalmente o por escrito, sobre la organización o la atención recibida.
- Pedir una apelación, ya sea verbalmente o por escrito, después de recibir un aviso de determinación adversa de beneficios.
- Pedir una audiencia imparcial estatal de Medi-Cal, incluyendo información de las circunstancias bajo las que es posible una audiencia imparcial expedita.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión que se use como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Tener la libertad de ejercer estos derechos sin afectar negativamente la forma en que lo tratan el Plan del condado, los proveedores o el Estado.

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

Como beneficiario de un servicio de DMC-ODS, es su responsabilidad:

- Leer atentamente el material informativo para miembros que recibió del Plan del Condado. Ese material lo ayudará a comprender qué servicios están disponibles y cómo recibir tratamiento si lo necesita.
- Asistir a su tratamiento según lo programado. Obtendrá el mejor resultado si sigue su plan de tratamiento. Si necesita faltar a una cita, llame a su proveedor con al menos 24 horas de antelación y re programe para otro día y hora.
- Siempre que asista al tratamiento, lleve consigo su tarjeta de identificación de Medi-Cal (Plan del condado) y una identificación con foto.
- Informar a su proveedor si necesita un intérprete antes de su cita.

- Informar a su proveedor todas sus preocupaciones médicas para que su plan sea preciso. Cuanto más completa sea la información que comparta sobre sus necesidades, más éxito tendrá su tratamiento.
- Asegurarse de hacerle a su proveedor cualquier pregunta que pueda tener. Es muy importante que comprenda completamente su plan de tratamiento y cualquier otra información que reciba durante el tratamiento.
- Siga el plan de tratamiento que usted y su proveedor acordaron.
- Estar dispuesto a construir una relación de trabajo sólida con el proveedor que lo está tratando.
- Comunicarse con el Plan del condado si tiene alguna pregunta sobre los servicios o si tiene algún problema con el proveedor que no puede resolver.
- Informar a su proveedor y al plan del condado si tiene algún cambio en su información personal. Esto incluye dirección, teléfono y cualquier otra información médica que pueda afectar su capacidad para participar en el tratamiento.
- Tratar al personal encargado de su tratamiento con respeto y cortesía.
- Si sospecha de fraude o irregularidades, infórmelo llamando al (530) 621-6346 o enviando un correo electrónico a FWA@edcgov.us.

¿Tengo derecho a seguir recibiendo atención de mi proveedor actual si no está en la red de DMC ODS de EDC?

Tiene derecho a continuar usando el proveedor de tratamiento actual después de inscribirse en DMC ODS de EDC si una brecha en su tratamiento actual podría dañar seriamente su salud o aumentar el riesgo de que sea hospitalizado o institucionalizado. El proveedor fuera de la red debe estar certificado por el DMC y cumplir las demás condiciones que exige la ley federal y estatal y el DMC ODS de EDC.

¿Cuánto tiempo puedo seguir yendo a consulta con mi proveedor actual fuera de la red?

La atención médica de transición de un proveedor fuera de la red está limitada a no más de noventa (90) días, a menos que la necesidad médica obligue que los servicios continúen por un período de tiempo más largo, que no exceda los 12 meses.

¿Quién puede pedir la atención médica continua de mi proveedor actual fuera de la red cuando me inscribo en DMC ODS de EDC?

Tanto usted como su proveedor actual pueden hacer esa solicitud. Debe dar el nombre y la información de contacto de su proveedor actual al DMC ODS de EDC si solicita atención médica continua. Las solicitudes se procesarán dentro de los treinta (30) días calendario a partir de la fecha de recepción de DMC ODS de EDC y usted recibirá una respuesta por escrito de la decisión de DMC ODS de EDC.

División de Salud Conductual de la Agencia de Servicios Humanos y de Salud del Condado de El Dorado

Guía para miembros del Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal

¿Qué sucede cuando se aprueba la solicitud?

En un plazo de siete (7) días calendario después de la aprobación de la solicitud de transición de atención médica, DMC-ODS de EDC le avisará por escrito sobre la aprobación, cuánto tiempo podrá continuar recibiendo atención médica del proveedor fuera de la red y qué sucederá al final del período de continuidad de la atención.

¿Puedo cambiar de opinión y usar un proveedor de DMC ODS de EDC en su lugar?

Sí. Usted tiene derecho a elegir un proveedor diferente de la red de proveedores de DMC ODS de EDC.

¿Puede DMC ODS de EDC denegar mi solicitud?

Sí, si DMC ODS de EDC puede documentar las preocupaciones sobre la calidad de la atención con su proveedor fuera de la red actual.

¿Qué sucede si DMC ODS de EDC no aprueba a mi proveedor fuera de la red?

Se le ofrecerá al menos un proveedor de DMC ODS de EDC dentro de la red que preste los mismos servicios que su proveedor actual fuera de la red. Si no selecciona un proveedor, DMC ODS de EDC le asignará uno y le informará por escrito.

¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la denegación de DMC ODS de EDC de una solicitud de atención médica continua de mi proveedor actual fuera de la red?

Tiene derecho a impugnar la decisión presentando una queja formal mediante EL PROCESO DE QUEJA FORMAL que se describe a partir de la página 24 de esta guía.

DIRECTORIO DE PROVEEDORES

Hay un directorio actualizado de proveedores de ODS de medicamentos de Medi-Cal del condado de El Dorado, que incluye información de la categoría o categorías de servicios que prestan; lugares y teléfonos; servicios culturalmente competentes y en otros idiomas además del inglés y la identificación de proveedores que aceptan nuevos miembros, en línea en:

https://www.edcgov.us/Government/MentalHealth/pages/alcohol_and_drug_programs.aspx