



Sistema de Prestación Organizada de Drug Medi-Cal (DMC-ODS)

MANUAL PARA LOS BENEFICIARIOS

Visión de BHRS

Nuestra visión es continuar siendo un líder en salud conductual y ser reconocidos por la excelencia en nuestra comunidad, estado y nación.



Fecha de publicación:
2019

Revisado 10/2021

Misión de BHRS

En asociación con nuestra comunidad, nuestra misión es proporcionar y gestionar servicios efectivos de prevención y salud conductual que promueven la capacidad de la comunidad para lograr resultados de bienestar, resiliencia y recuperación.

**SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL Y RECUPERACIÓN
(BHRS) DEL CONDADO DE STANISLAUS**

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call *1-800-874-9426* (TTY: *711*).

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 *1-800-874-9426* (TTY: *711*).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al *1-800-874-9426* (TTY: *711*).

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 *1-800-874-9426* (TTY: *711*).

Tagalog (Tagalog/Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa *1-800-874-9426* (TTY: *711*).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우,
언어지원서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. *1-800-874-9426*
(TTY: *711*) 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1-800-874-9426 (TTY: 711)。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցություններ: Չանգահարեք 1-800-874-9426 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-874-9426 (телетайп: 711).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبان‌بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با تماس بگیرید 1-800-874-9426 (TTY: 711)

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。1-800-874-9426 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-874-9426 (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ(Punjabi)

ਧਿਆਨਦਿਓ: ਜੇਤੁਸੀਂਪੰਜਾਬੀਬੋਲਦੇਹੋ,

ਤਾਂਭਾਸ਼ਾਵਿੱਚਸਹਾਇਤਾਮੇਵਾਤੁਹਾਡੇਲਈਮੁਫਤਉਪਲਬਧਹੈ।1-800-874-9426 (TTY: 711) 'ਤੇਕਾਲਕਰੋ।

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية **(Arabic)** العربية (رقم هاتف الصم والبكم: 711 تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-874-9426.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें:

यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-874-9426 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย(Thai)

เรียน:

ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรีโทร1-800-874-9426 (TTY: 711).

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: អ្នកដែលនិយាយភាសាខ្មែរ, រសវាជំនួយមននកភាសារោយមិនគិតថ្លៃគឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរស្រី 1-800-874-9426 (TTY: 711)។

ພາສາລາວ(Lao)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ1-800-874-9426 (TTY: 711).

TABLA DE CONTENIDO

INFORMACIÓN GENERAL.....10

Servicios de emergencia

¿Con quién me comunico si tengo pensamientos suicidas?

¿Por qué es importante leer este manual?

RESPONSABILIDAD DEL CONDADO HACIA LOS MIEMBROS DEL PLAN DMC-ODS.....13

Números de teléfono importantes

Información para miembros que necesitan materiales en un idioma diferente

Información para miembros que tienen problemas para leer

Información para miembros que tienen problemas de audición

Información para miembros que tienen problemas de visión

Aviso de prácticas de privacidad

¿Con quién me comunico si siento que fui discriminado?

SERVICIOS 18

¿Qué son los servicios DMC-ODS?

Servicios ambulatorios

Tratamiento ambulatorio intensivo

Tratamiento residencial

Manejo de abstinencia

(desintoxicación) Tratamiento

contra los opioides

Servicios de apoyo a la recuperación

Gestión de casos y coordinación de cuidados

Detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT, Early Periodic Screening, Diagnosis, and

Treatment)

CÓMO OBTENER SERVICIOS DMC-ODS.....	26
¿Cómo obtengo servicios DMC-ODS?	
¿Dónde puedo obtener servicios DMC-ODS?	
Atención después del horario normal	
¿Cómo puedo saber cuándo necesito ayuda?	
¿Cómo puedo saber cuándo un niño o adolescente necesita ayuda?	
CÓMO OBTENER SERVICIOS DE SALUD MENTAL	29
¿Dónde puedo obtener servicios especializados de salud mental?	
NECESIDAD MÉDICA.....	30
¿Qué es la necesidad médica y por qué es tan importante?	
¿Cuáles son los criterios de 'necesidad médica' para la cobertura de los servicios de tratamiento de trastornos por uso de sustancias?	
SELECCIONAR UN PROVEEDOR	31
¿Cómo encuentro un proveedor para los servicios de tratamiento de trastornos por uso de sustancias, que necesito?	
Una vez que encuentre un proveedor, ¿puede el plan del condado informarle al proveedor qué servicios obtengo?	
¿Qué proveedores utiliza mi plan DMC-ODS?	

AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS.....	34
¿Qué es un aviso de determinación adversa de beneficios?	
¿Cuándo recibiré un aviso de determinación adversa de beneficios?	
¿Recibiré siempre un aviso de determinación adversa de beneficios cuando no reciba los servicios que deseo?	
¿Qué me dirá el aviso de determinación adversa de beneficios?	
¿Qué debería hacer cuando recibo un aviso de determinación adversa de beneficios?	
 PROCESOS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.....	 38
¿Qué sucede si no obtengo los servicios que deseo del plan DMC-ODS de mi condado?	
¿Puedo obtener ayuda para presentar una apelación, una queja o una audiencia imparcial estatal?	
¿Qué sucede si necesito ayuda para resolver un problema con el plan DMC-ODS de mi condado pero no quiero presentar una queja o una apelación?	
 EL PROCESO DE QUEJA.....	 40
¿Qué es una queja?	
¿Cuándo puedo presentar una queja?	
¿Cómo puedo presentar una queja?	
¿Cómo puedo saber si el plan del condado recibió mi queja?	
¿Cuándo se decidirá mi queja?	

- ¿Cómo puedo saber si el plan del condado ha tomado una decisión sobre mi queja?
- ¿Hay una fecha límite para presentar una queja?

EL PROCESO DE APELACIÓN (Estándar y Acelerado)42

- ¿Qué es una apelación estándar?
- ¿Cuándo puedo presentar una apelación?
- ¿Cómo puedo presentar una apelación?
- ¿Cómo puedo saber si se tomó una decisión sobre mi apelación?
- ¿Hay una fecha límite para presentar una apelación?
- ¿Cuándo se tomará una decisión sobre mi apelación?
- ¿Qué sucede si no puedo esperar 30 días para la decisión de mi apelación?
- ¿Qué es una apelación acelerada?
- ¿Cuándo puedo presentar una apelación acelerada?

EL PROCESO DE AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL 49

- ¿Qué es una audiencia imparcial estatal?
- ¿Cuáles son mis derechos de audiencia imparcial estatal?
- ¿Cuándo puedo solicitar una audiencia imparcial estatal?
- ¿Cómo solicito una audiencia imparcial estatal?
- ¿Hay una fecha límite para solicitar una audiencia imparcial estatal?
- ¿Puedo continuar con los servicios mientras espero una decisión de audiencia imparcial estatal?
- ¿Qué sucede si no puedo esperar 90 días para la decisión sobre mi audiencia imparcial estatal?

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL PROGRAMA
MEDI-CAL DEL ESTADO DE CALIFORNIA.....53

¿Quién puede obtener Medi-Cal?

¿Tengo que pagar por Medi-Cal?

¿Medi-Cal cubre el transporte?

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS
.....55

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

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

DIRECTORIO DE PROVEEDORES.....59

SOLICITUD DE TRANSICIÓN DE ATENCIÓN59

¿Cuándo puedo solicitar quedarme con mi proveedor
anterior y que ahora está fuera de la red?

¿Cómo solicito quedarme con mi proveedor fuera de la
red?

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

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

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

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

¿Con qué rapidez se procesará mi solicitud de transición
de atención?

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

INFORMACIÓN GENERAL

Servicios de emergencia

Los servicios de emergencia están cubiertos las 24 horas del día y los 7 días de la semana. Si cree que tiene 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 proporcionados para una afección médica inesperada, incluida una afección médica de emergencia psiquiátrica.

Una afección médica de emergencia se presenta cuando usted tiene síntomas que causan dolor severo o una enfermedad grave o una lesión, que un laico prudente (una persona no médica cuidadosa o prudente) cree o podría esperar razonablemente que sin atención médica podría:

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

Tiene derecho a utilizar cualquier hospital en caso de emergencia. Los servicios de emergencia nunca requieren autorización.

Sobredosis

No dude en llamar al 911 para emergencias médicas relacionadas con el uso de sustancias. Si usted o alguien con quien está tiene una sobredosis, llamar al 911 lo antes posible podría ayudar a salvar una vida.

Naloxona

La naloxona es un medicamento que podría contrarrestar de inmediato los efectos de una sobredosis de opioides/heroína. Puede administrarlo mientras alguien tiene una sobredosis y debe llamar al 911 inmediatamente. Muchos empleados de emergencias lo llevan con ellos, y también está disponible en farmacias seleccionadas sin receta médica. Pídale más información a su proveedor de atención médica.

¿Con quién me comunico si tengo pensamientos suicidas?

Si usted o alguien que conoce está en crisis, por favor llame a la Línea Nacional de Prevención del Suicidio 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, por favor llame al (209) 558-4600.

¿Por qué es importante leer este manual?

Bienvenido al sistema de atención de tratamiento de abuso de sustancias del Condado de Stanislaus. Este documento describe el Sistema de Prestación Organizada de Drug Medi-Cal

(DMC-ODS). En todo el Manual para los Beneficiarios, nos referiremos al "Plan del Condado" o al "Plan DMC-ODS" que solo significa los servicios de tratamiento de abuso de sustancias que están disponibles sin costo para los beneficiarios elegibles de Medi-Cal.

Es importante que entienda cómo funciona el plan del Sistema de Prestación Organizada de Drug Medi-Cal (DMC-ODS) para que pueda obtener la atención que necesita. Este manual explica sus beneficios y cómo obtener la atención. También contestará muchas de sus preguntas.

Aprenderá:

- Cómo recibir servicios de tratamiento de trastornos por uso de sustancias (SUD, Substance Use Disorder) a través del plan DMC-ODS de su condado
- A qué beneficios tiene acceso
- 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 poder leerlo más adelante. Use este manual como una adición al manual para miembros que recibió cuando se inscribió en su beneficio actual de Medi-Cal. Esto podría ser con un plan de atención médica administrada de Medi-Cal o con el programa regular de "Cuota por servicio" de Medi-Cal.

Responsabilidad del condado hacia los miembros del plan DMC-ODS

- Determinar si es elegible para los servicios DMC-ODS del condado o de su red de proveedores.
- Coordinar su cuidado.
- Proporcionar un número de teléfono gratuito (1-888-376-6246) que se atiende las 24 horas del día y los 7 días de la semana para informarle cómo obtener servicios del plan del condado. También puede comunicarse con el plan del condado llamando a este número para solicitar la disponibilidad de atención fuera del horario normal.
- Tener suficientes proveedores para asegurarse de que pueda obtener los servicios de tratamiento de SUD cubiertos por el plan del condado si los necesita.
- Informarle y educarlo sobre los servicios disponibles de su plan del condado.
- Proporcionarle servicios en su idioma o mediante un intérprete (si es necesario) sin cargo alguno e informarle que estos servicios de intérprete están disponibles.
- Proporcionarle información por escrito sobre lo que está disponible para usted en otros idiomas o formularios. Esto incluye la disponibilidad del Manual para los Beneficiarios en los idiomas importantes específicos del Condado de Stanislaus que incluyen inglés y español y otros servicios y ayudas auxiliares disponibles.
- Proporcionarle un 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 haya un aumento o una disminución en la cantidad o el tipo de servicios disponibles, o si hay un aumento o una 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.

- Informarle si algún proveedor contratado se niega a realizar o respaldar de otro modo cualquier servicio cubierto debido a objeciones morales, éticas o religiosas e informarle sobre proveedores alternativos que sí ofrecen el servicio cubierto.

Números de teléfono importantes

Emergencia	911
Servicio de Abuso de Sustancias	
Línea de acceso	(888) 376-6246
Servicios de emergencia (Salud mental)	(209) 558-4600
Oficina de los Derechos del Paciente	(209) 525-7423 o (800) 334-0352

Información para miembros que necesitan los materiales en un idioma diferente

Es la política de los Servicios de Salud Conductual y Recuperación (BHRS, Behavioral Health and Recovery Services) del Condado de Stanislaus proporcionar asistencia lingüística a clientes y familias con dominio limitado del inglés. Se proporcionará asistencia a través de personal bilingüe, intérpretes certificados y la Línea de Idiomas. Dicha asistencia estará disponible de forma gratuita, las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana, en función de los horarios comerciales de la instalación o del programa.

Información para miembros que tienen problemas para leer

Es la política de los BHRS del Condado de Stanislaus que cualquier material de información escrito entregado a los beneficiarios se proporcionará en un nivel de lectura de sexto grado o inferior. El beneficiario también puede acceder a materiales informativos en una cinta de audio.

Información para miembros que tienen problemas de audición

Todos los beneficiarios sordos y con problemas de audición que reciben servicios de los Servicios de Salud Conductual y Recuperación (BHRS) del Condado de Stanislaus tendrán acceso a intérpretes de lenguaje de señas capacitados profesionalmente y dispositivos de telecomunicación para personas sordas (TDD, Telecommunication Devices for the Deaf). Todo el personal que presta servicios a dichos

beneficiarios proporcionará servicios a través de intérpretes calificados contratados de lenguaje de señas, personal calificado o máquinas de TDD.

Información para miembros que tienen problemas de visión

Es una política de los Servicios de Salud Conductual y Recuperación (BHRS) del Condado de Stanislaus que todos los beneficiarios con discapacidades visuales tendrán acceso a los servicios y materiales escritos fundamentales para obtener servicios en formato de letra grande (en un tamaño de letra que no sea inferior a 18 puntos) o en una cinta de audio.

Aviso de Prácticas de Privacidad

El Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Se puede acceder al Aviso de Prácticas de Privacidad en www.stancounty.com/bhrs/.

¿Con quién me comunico si siento que fui discriminado?

La discriminación es contra la ley. El estado de California y DMC-ODS cumplen con las leyes federales de derechos civiles correspondientes 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 para personas con discapacidades, como:

- Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
- 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:
 - Intérpretes orales calificados
 - Información en idiomas importantes.

Si necesita estos servicios, comuníquese con su plan de condado. Si cree que el estado de California o DMC-ODS no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Norma Rodriguez

Funcionaria del Departamento de Igualdad de Derechos

800 Scenic Drive

Modesto, CA 95350

Teléfono: 209.525.7339

Fax: 209.558.4321

Correo electrónico: nrodriguez@stanbhrs.org

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Norma Rodriguez, Funcionaria del Departamento de Igualdad de Derechos, está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles electrónicamente ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>. Puede presentar una queja de derechos civiles por correo o por teléfono a:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 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 DMC-ODS?

Los servicios DMC-ODS son servicios de atención médica para jóvenes o adultos jóvenes en riesgo (de 12 a 20 años) que corren el riesgo de desarrollar un trastorno por uso de sustancias o personas que tienen al menos un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias que un doctor habitual no puede tratar. Esto significa que un doctor en medicina, médico, trabajador social, terapeuta u otro personal clínico calificado determinó que ciertos servicios de tratamiento de abuso de sustancias son necesarios para que usted esté sano. Con el tiempo, los servicios médicamente necesarios cambiarán dependiendo de sus necesidades cambiantes y de lo bien que esté logrando sus objetivos. Su proveedor de tratamiento no puede proporcionarle servicios que no sean médicamente necesarios.

Los servicios DMC-ODS en el Condado de Stanislaus incluyen:

- Servicios de tratamiento ambulatorio/tratamiento ambulatorio intensivo para jóvenes en riesgo
- Servicios ambulatorios
- Tratamiento ambulatorio intensivo
- Tratamiento residencial (sujeto a autorización previa del condado)
- Manejo de abstinencia (desintoxicación)
- Programa de tratamiento contra opioides (Mantenimiento con metadona)
- Servicios de apoyo a la recuperación
- Gestión de casos y coordinación de cuidados

Si desea obtener más información sobre cada servicio DMC-ODS que pueda estar disponible para usted, consulte las siguientes descripciones:

Servicios ambulatorios

- Los servicios de asesoramiento se brindan a los miembros hasta nueve horas a la semana para adultos y menos de seis horas a la semana para adolescentes cuando se determina que son médicamente necesarios y de acuerdo con un plan individualizado para el cliente. Los servicios pueden ser proporcionados por un profesional con licencia o un consejero certificado en cualquier entorno apropiado de la comunidad.
- Los servicios ambulatorios incluyen admisión y evaluación, planificación de tratamientos, asesoramiento individual, asesoramiento grupal, terapia familiar, servicios

colaterales, educación para miembros, servicios de medicamentos, servicios de intervención en crisis y planificación del alta.

- El Condado de Stanislaus ofrece estos servicios en múltiples programas.

Tratamiento ambulatorio intensivo

- Los servicios de tratamiento ambulatorio intensivo se brindan 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) cuando se determina que son médicamente necesarios y de conformidad con un plan individualizado para el cliente. Los servicios consisten principalmente en asesoramiento y educación sobre problemas relacionados con la adicción. Los servicios pueden ser proporcionados por un consejero certificado en cualquier entorno apropiado de la comunidad.
- Los servicios de tratamiento ambulatorio intensivo incluyen los mismos componentes que los servicios ambulatorios. La principal diferencia es el mayor número de horas de servicio.
- El Condado de Stanislaus ofrece estos servicios en múltiples programas.

Tratamiento residencial (sujeto a autorización del condado)

- El tratamiento residencial es un programa residencial no institucional, de 24 horas, no médico, a corto plazo que proporciona servicios de rehabilitación a los

miembros con un diagnóstico de SUD cuando se determina que es médicamente necesario y de acuerdo con un plan de tratamiento individualizado. Cada miembro vivirá en las instalaciones y será apoyado en sus esfuerzos por restaurar, mantener y aplicar habilidades de vida interpersonales e independientes y acceder a los sistemas de apoyo de la comunidad. Los proveedores y residentes trabajan en colaboración para definir barreras, establecer prioridades, establecer metas, crear planes de tratamiento y resolver problemas relacionados con SUD. Las metas incluyen mantener la abstinencia, prepararse para los desencadenantes de recaída, mejorar la salud personal y el funcionamiento social, y participar en la atención continua.

- Los servicios residenciales requieren 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. Es posible tener una extensión 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 producen los 60 días posteriores al parto. Los miembros elegibles (menores de 21 años) para la detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) no tendrán los límites de autorización descritos anteriormente siempre que la necesidad médica establezca la necesidad de servicios residenciales continuos.
- Los servicios residenciales incluyen admisión y evaluación, planificación de tratamientos,

asesoramiento individual, asesoramiento grupal, terapia familiar, servicios colaterales, educación para miembros, servicios de medicamentos, protección de medicamentos (las instalaciones almacenarán todos los medicamentos de los residentes, y el personal del centro puede ayudar con la autoadministración de medicamentos del residente), servicios de intervención en crisis, transporte (prestación del servicio o arreglos para el transporte hacia y desde el tratamiento médicamente necesario) y planificación del alta.

Manejo de la abstinencia

- Los servicios de manejo de abstinencia se proporcionan cuando se determina que son médicamente necesarios y de acuerdo con un plan individualizado para el cliente. Cada miembro deberá residir en la instalación si recibe un servicio residencial y será monitoreado durante el proceso de desintoxicación. Los servicios de rehabilitación y habilitación médicamente necesarios se brindan de acuerdo con un plan individualizado para el cliente recetado por un médico autorizado o prescriptor con licencia aprobado y autorizado de acuerdo con los requisitos del estado de California.
- Los servicios de manejo de la abstinencia incluyen ingreso y evaluación, observación (para evaluar el estado de salud y la respuesta a cualquier medicamento recetado), servicios de medicamentos y planificación del alta.
- Hasta 10 días de servicios por episodio, siempre que

se establezca la necesidad médica.

Tratamiento contra los opioides

- Los servicios del Programa de Tratamiento contra los Opioides (Narcóticos) (OTP/NTP, por sus siglas en inglés) se brindan en instalaciones con licencia de NTP. Los servicios médicamente necesarios se brindan de acuerdo con un plan individualizado para el cliente determinado por un médico con licencia o prescriptor con licencia, y aprobados y autorizados de acuerdo con los requisitos del estado de California. Se requiere que los programas OTP/NTP ofrezcan y receten medicamentos a los miembros cubiertos por el formulario DMC-ODS, que incluyen metadona, buprenorfina, naloxona y disulfiram.
- Un miembro debe recibir, como mínimo, 50 minutos de sesiones de asesoramiento con un terapeuta o consejero hasta por 200 minutos por mes calendario, aunque se pueden proporcionar servicios adicionales según la necesidad médica.
- Los servicios de tratamiento contra los opioides incluyen los mismos componentes que los Servicios de Tratamiento Ambulatorio, con la inclusión de psicoterapia médica que consiste en una conversación cara a cara conducida por un médico en forma individual con el miembro.
- El Condado de Stanislaus ofrece estos servicios en múltiples programas.

Servicios de apoyo a la recuperación

- Los servicios de apoyo a la recuperación son importantes para la recuperación y el bienestar de los miembros. La comunidad de tratamiento se convierte en un agente terapéutico a través del cual los miembros están facultados y preparados para gestionar su salud y atención médica. Por lo tanto, el tratamiento debe enfatizar el rol central del miembro en la gestión de su salud, usar estrategias efectivas de apoyo para el autocontrol y organizar recursos internos y comunitarios para proporcionar un apoyo continuo de autogestión a los miembros.
- Los servicios de recuperación incluyen asesoramiento individual y grupal; monitoreo de recuperación/asistencia contra el abuso de sustancias (entrenamiento de recuperación, prevención de recaídas y servicios de pares); y administración de casos (vínculos con apoyos educativos, vocacionales, apoyos familiares, apoyos basados en la comunidad, vivienda, transporte y otros servicios basados en la necesidad).

Gestión de casos y coordinación de cuidados

- Los servicios de gestión 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 de SUD, la integración

alrededor de 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 gestión de casos incluyen una evaluación integral y una reevaluación periódica de las necesidades individuales para determinar la necesidad de continuar los servicios de gestión 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 prestación del servicio para asegurar el acceso de los miembros al servicio y al sistema de prestación 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 gestión del caso debe ser coherente y no debe violar la confidencialidad de ningún miembro como se establece en las leyes federales y de California.
- El Condado de Stanislaus ofrece estos servicios en múltiples programas.

Detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT, Early Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment)

Si tiene menos de 21 años de edad, puede recibir servicios adicionales médicamente necesarios bajo la detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT). Los

servicios de EPSDT incluyen exámenes de detección, de la vista, dentales, auditivos y todos los demás servicios obligatorios y opcionales médicamente necesarios enumerados en la ley federal 42 USC 1396d (a) para corregir o mejorar los defectos y las enfermedades y afecciones físicas y mentales identificadas en una prueba de detección de EPSDT, sea o no que los servicios están cubiertos para adultos. El requisito de necesidad médica y la relación costo-efectividad 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 que le contesten sus preguntas, por favor llame a Servicios para Miembros del Condado de Stanislaus.

CÓMO OBTENER SERVICIOS DMC-ODS

¿Cómo obtengo servicios DMC-ODS?

Si cree que necesita servicios de tratamiento de trastornos por uso de sustancias (SUD), puede obtener los servicios solicitando el plan del condado usted mismo. Puede llamar al número de teléfono gratuito de su condado que se encuentra en la parte delantera de este manual.

También puede ser referido al plan de su condado para servicios de tratamiento de SUD de otras maneras. Se requiere que su plan del condado acepte referencias para servicios de tratamiento de SUD de doctores y otros proveedores de atención primaria que piensen que usted puede necesitar estos servicios y de su plan de atención de salud administrada de Medi-Cal, si

es miembro. Por lo general, el proveedor o el plan de atención médica administrada de Medi-Cal necesitará su permiso o el permiso del padre o cuidador de un niño para hacer la referencia, a menos que haya una emergencia. Otras personas y organizaciones también pueden hacer referencias al condado, incluidas las escuelas; departamentos de bienestar o de asistencia social del condado; conservadores, tutores o familiares; y agencias policiales.

Los servicios cubiertos están disponibles a través de la red de proveedores del Condado de Stanislaus. Si algún proveedor contratado presenta una objeción para realizar o respaldar de otro modo cualquier servicio cubierto, el Condado de Stanislaus se encargará de que otro proveedor preste el servicio. El Condado de Stanislaus responderá con referencias y coordinación oportunas en caso de que el proveedor no disponga de un servicio cubierto debido a objeciones religiosas, éticas o morales al servicio cubierto.

Es una política del Condado de Stanislaus garantizar que cada beneficiario tenga una fuente continua de atención adecuada a sus necesidades y una persona o entidad designada formalmente como principal responsable de coordinar los servicios a los que accede el beneficiario. Se le proporcionará al beneficiario información sobre cómo comunicarse con la persona o entidad designada.

¿Dónde puedo obtener servicios DMC-ODS?

El Condado de Stanislaus está participando en el programa piloto DMC-ODS. Ya que usted es residente del Condado de

Stanislaus, puede obtener servicios DMC-ODS en el condado donde vive a través del plan del condado DMC-ODS. El plan de su condado tiene proveedores de tratamiento de SUD disponibles para tratar afecciones que están cubiertas por el plan. Otros condados que brindan servicios Drug Medi-Cal que no participan en el programa piloto DMC-ODS podrán brindarle servicios DMC regulares si es necesario. Si tiene menos de 21 años de edad, también es elegible para recibir los servicios de EPSDT en cualquier otro condado del estado.

Atención después del horario normal

Los beneficiarios que necesitan atención médica de emergencia y/o manejo de abstinencia fuera del horario normal pueden llamar al 911 o ir directamente al departamento de emergencias de un hospital. Los beneficiarios que necesitan servicios psiquiátricos de emergencia pueden llamar a Servicios de Emergencia Comunitarios de BHRS al (209) 558-4600 o al 911. Para necesidades urgentes o después del horario normal, los beneficiarios pueden llamar a la Línea de Acceso a Servicios de Abuso de Sustancias del Condado de Stanislaus al (888) 376-6246 (las 24 horas, sin cargo).

¿Cómo puedo saber cuándo necesito ayuda?

Muchas personas tienen momentos difíciles en la vida y pueden experimentar problemas de SUD. Lo más importante que debe recordar cuando se pregunta si necesita ayuda profesional es confiar en sí mismo. Si usted es elegible para Medi-Cal, y cree que puede necesitar ayuda profesional, debería solicitar una evaluación de su plan del condado para asegurarse, ya que

actualmente reside en un condado participante de DMC-ODS.

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

Puede comunicarse con el plan DMC-ODS de su condado participante para una evaluación para su hijo o adolescente si cree que está mostrando alguno de los signos de un SUD. Si su hijo o adolescente califica para Medi-Cal y la evaluación del condado indica que se necesitan servicios de tratamiento de drogas y alcohol cubiertos por el condado participante, el condado hará los arreglos para que su hijo 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 usted es menor de 21 años de edad, es elegible para la detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT), que puede incluir cobertura y beneficios adicionales.

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 los servicios de tratamiento de SUD a través del plan DMC-ODS de su condado es algo que se llama la 'necesidad médica'. Esto significa que un doctor u otro profesional con licencia hablará con usted para decidir si existe una necesidad médica de servicios y si los servicios lo pueden ayudar si los recibe.

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

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

Como parte de decidir si necesita servicios de 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 anteriormente. Esta sección explica cómo su condado participante tomará esa decisión.

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

- Debe estar inscrito en Medi-Cal.
- Debe residir en un condado que participa en el DMC-ODS.
- Debe tener al menos un diagnóstico del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) para un trastorno relacionado con sustancias y adictivo, con ciertas excepciones para los jóvenes menores de 21 años, para ser evaluado como 'en riesgo' de desarrollar un SUD.
- Debe cumplir con la definición de necesidad médica de la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción (ASAM, American Society of Addiction Medicine) para servicios basados en los Criterios de ASAM (los Criterios de ASAM son estándares nacionales de tratamiento para afecciones adictivas y relacionadas con sustancias).

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

SELECCIONAR UN PROVEEDOR

¿Cómo encuentro un proveedor para los servicios de tratamiento de trastornos por uso de sustancias, que necesito?

El plan del condado puede poner algunos límites a su elección de proveedores. El plan DMC-ODS de su condado debe darle la

oportunidad de elegir entre al menos dos proveedores cuando comience los servicios por primera vez, a menos que el plan del condado tenga una buena razón por la que no puede proporcionar una opción, por ejemplo, solo hay un proveedor que puede prestar el servicio que necesita. El plan de su condado también debe permitirle cambiar de proveedor. Cuando solicita cambiar de proveedor, el condado debe permitirle elegir entre al menos dos proveedores, a menos que haya una buena razón para no hacerlo.

A veces, los proveedores contratados del condado abandonan la red del condado por su cuenta o a petición del plan del condado. Cuando esto sucede, el plan del condado debe hacer un esfuerzo de buena fe para dar un aviso por escrito de la terminación de un proveedor contratado del condado dentro de los 15 días posteriores a la recepción o emisión de la notificación de terminación, a cada persona que recibía los servicios de tratamiento de SUD del proveedor.

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

Usted, su proveedor y el plan del condado participan todos al decidir qué servicios necesita recibir a través del condado siguiendo los criterios de necesidad médica y la lista de servicios cubiertos. A veces, el condado le dejará la decisión a usted y al proveedor. Otras veces, el plan del condado puede requerir que su proveedor le pida al plan del condado que revise las razones por las que el proveedor cree que necesita un servicio antes de que se brinde el servicio. El plan del condado debe utilizar un profesional calificado para hacer 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. Para una autorización estándar, el plan debe tomar una decisión sobre la solicitud de su proveedor dentro de los 14 días calendario. Si usted o su proveedor lo solicita o si el plan del condado considera que le conviene obtener más información de su proveedor, el plazo puede extenderse hasta otros 14 días calendario. Un ejemplo de cuándo una extensión le puede convenir es cuando el condado considera que podría aprobar la solicitud de autorización de su proveedor si el plan del condado tenía información adicional de su proveedor y tendría que denegar la solicitud sin la información. Si el plan del condado extiende el plazo, el condado le enviará 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 acelerada, el plan del condado debe enviarle un aviso de determinación adversa de beneficios que le informa que los servicios están denegados y que puede presentar una apelación o solicitar una audiencia imparcial estatal. Puede solicitarle al plan del condado más información sobre su proceso de autorización. Consulte la primera sección 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 ante el condado o solicitar una audiencia imparcial estatal.

¿Qué proveedores utiliza mi plan DMC-ODS?

Si usted no conoce el plan del condado, al final de este manual se puede encontrar una lista completa de los proveedores en su plan del condado y contiene información sobre dónde se encuentran los proveedores, los servicios de tratamiento de SUD que brindan y otra información para ayudarle a acceder a la atención, incluida la información sobre los servicios culturales y de idiomas que están disponibles por parte de los proveedores. Si tiene preguntas sobre los proveedores, llame al número de teléfono gratuito de su condado que se encuentra en la primera sección de este manual.

AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS

¿Qué es un aviso de determinación adversa de beneficios?

Un aviso de determinación adversa de beneficios, a veces llamada un NOABD, es un formulario que utiliza el plan DMC-ODS de su condado para informarle cuándo el plan toma una decisión sobre si usted recibirá o no los servicios de tratamiento de SUD de Medi-Cal. También se usa un aviso de determinación adversa de beneficios para informarle si su queja, apelación o apelación acelerada no se resolvió a tiempo, o si no recibió servicios dentro de las normas de tiempo límite del plan del condado para brindar servicios.

¿Cuándo recibiré un aviso de determinación adversa de beneficios?

Recibirá un aviso de determinación adversa de beneficios:

- Si el plan de su condado o uno de los proveedores del plan del condado decide que usted no es elegible para recibir ningún servicio de tratamiento de SUD de Medi-Cal porque no cumple con los criterios de necesidad médica.
- Si su proveedor cree que necesita un servicio de SUD y solicita 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 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 se realizará después de que ya haya recibido el servicio, o mientras reciba el servicio. Si recibe un aviso de determinación adversa de beneficios después de haber recibido el servicio, no tiene que pagar por el servicio.
- Si su proveedor le ha pedido aprobación al 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 de su condado no le brinda servicios según los plazos establecidos por el plan del condado. Llame al plan de su condado para averiguar si el plan del condado ha establecido estándares de plazos.
- Si presenta una queja ante el plan del condado y el plan del condado no le responde con una decisión por escrito sobre su queja dentro de los 90 días calendario. Si 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 calendario o, si presentó una apelación acelerada, y no recibió una respuesta dentro de las 72 horas.

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

En algunos casos es posible que no reciba un aviso de determinación adversa de beneficios. Aún puede presentar una apelación ante el plan del condado o si ha completado el proceso de apelación, puede solicitar una audiencia imparcial estatal cuando esto suceda. En este manual se incluye información sobre cómo presentar una apelación o solicitar una audiencia imparcial. La información también debe estar disponible en la oficina de su proveedor.

¿Qué me dirá el aviso de determinación adversa de beneficios?

El aviso de determinación adversa de beneficios le informará:

- Lo que hizo el plan de su condado que le afecta a usted y su capacidad para obtener servicios.
- La fecha efectiva de la decisión y la razón por la que el plan tomó su decisión.
- La reglamentación estatal o federal que el condado estaba siguiendo 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 solicitar una audiencia imparcial estatal.

- Cómo solicitar una apelación acelerada o una audiencia imparcial acelerada.
- 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 es elegible para continuar recibiendo servicios mientras espera una decisión de la apelación o la audiencia imparcial estatal.
- Cuándo tiene que presentar su solicitud de apelación o audiencia imparcial estatal si desea que los servicios continúen.

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

Cuando reciba un aviso de determinación adversa de beneficios, debería leer cuidadosamente toda la información en el formulario. Si no entiende el formulario, el plan de su condado puede ayudarlo. También puede pedirle a otra persona que le ayude.

Puede solicitar una continuación del servicio que se ha suspendido cuando presenta una apelación o una solicitud de audiencia imparcial estatal. Debe solicitar la continuación de los servicios a más tardar 10 días calendario después de recibir un aviso de determinación adversa de beneficios que se mataselló o se le entregó personalmente, o antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio.

PROCESOS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

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

El plan de su condado tiene una manera para que usted pueda resolver un problema sobre cualquier asunto relacionado con los servicios de tratamiento de SUD que está recibiendo. Esto se denomina el proceso de resolución de problemas y podría implicar los siguientes procesos.

1. El proceso de queja: una expresión de infelicidad con respecto a cualquier cosa relacionada con sus servicios de tratamiento de SUD.
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 de tratamiento de SUD.
3. El proceso de audiencia imparcial estatal: revíselo para asegurarse de que recibe los servicios de tratamiento de SUD a los que tiene derecho en virtud del programa Medi-Cal.

La presentación de una queja o apelación o una audiencia imparcial estatal no contará en su contra y no afectará los servicios que está recibiendo. Cuando su queja o apelación esté completa, el plan de su condado le notificará a usted y a otras personas involucradas sobre el resultado final. Cuando se complete su audiencia imparcial estatal, la Oficina de Audiencias Estatales le notificará a usted y a otras personas involucradas el resultado final.

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

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

El plan de su condado tendrá personas disponibles para explicarle estos procesos y para ayudarlo a informar un problema, ya sea como una queja, una apelación o como una solicitud de audiencia imparcial estatal. También pueden ayudarlo a decidir si califica para lo que se llama un proceso 'acelerado', lo que significa que se revisará más rápidamente porque su salud o estabilidad está en riesgo. También puede autorizar a otra persona para que actúe en su nombre, incluido su proveedor de tratamiento de SUD.

Si desea ayuda, llame a la Oficina de los Derechos del Paciente al (800) 334-0352.

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

Puede obtener ayuda del estado si tiene problemas para encontrar a las personas adecuadas en el condado que le ayuden a encontrar su camino a través del sistema.

Puede obtener ayuda legal gratuita en su oficina local de asistencia legal o en otros grupos. Puede preguntar sobre sus derechos de audiencia o asistencia legal gratuita en la Unidad de

Investigación y Respuesta Pública:

- Llame gratuitamente al: 1-800-952-5253
- Si es sordo y usa TDD, llame al: 1-800-952-8349

EL PROCESO DE QUEJA

¿Qué es una queja?

Una queja es una expresión de infelicidad con respecto a cualquier cosa relacionada con los servicios de tratamiento de SUD que no sea uno de los problemas cubiertos por los procesos de apelación y audiencia imparcial estatal.

El proceso de queja hará lo siguiente:

- Involucrará procedimientos simples y fáciles de entender que le permitan presentar su queja oralmente o por escrito.
- No contará en contra de usted o su proveedor de ninguna manera.
- Le permitirá autorizar a otra persona para que actúe en su nombre, incluido un proveedor. Si autoriza a otra persona para que actúe en su nombre, el plan del condado podría pedirle que firme un formulario que autoriza al plan a divulgar información a esa persona.
- Garantizará que las personas que toman las decisiones estén calificadas para hacerlo y no estén involucradas en ningún nivel anterior de revisión o toma de decisiones.
- Identificará los roles y responsabilidades de usted, el plan de su condado y su proveedor.
- Proporcionará una resolución para la queja en los plazos

requeridos.

¿Cuándo puedo presentar una queja?

Puede presentar una queja ante el Plan del Condado en cualquier momento si no está satisfecho.

¿Cómo puedo presentar una queja?

Puede llamar al número de teléfono gratuito de su plan del condado para obtener ayuda con una queja. El condado proporcionará sobres con dirección propia en todos los sitios de los proveedores para que usted envíe su queja por correo. Las quejas pueden presentarse oralmente o por escrito. Las quejas orales no tienen que ser seguidas por una queja por escrito.

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

El plan de su condado le informará que recibió su queja enviándole una confirmación por escrito.

¿Cuándo se decidirá mi queja?

El plan del condado debe tomar una decisión sobre su queja dentro de los 90 días calendario a partir de la fecha en que presentó su queja. Los plazos pueden extenderse hasta 14 días calendario si solicita una extensión, o si el plan del condado considera que se necesita información adicional y que la demora es para su beneficio. Un ejemplo de cuándo un retraso podría ser para su beneficio es cuando el condado considera que podría resolver su queja si el plan del condado tuviera un poco

más de tiempo para obtener información de usted u otras personas involucradas.

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

Cuando se haya tomado una decisión con respecto a su queja, el plan del condado le notificará a usted o a su representante por escrito sobre la decisión. Si el plan de su condado no le notifica a usted o a cualquiera de las partes afectadas acerca de la decisión de la queja a tiempo, entonces el plan del condado le proporcionará un aviso de determinación adversa de beneficios que le informará sobre su derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal. El plan de su condado le proporcionará un aviso de determinación adversa de beneficios en la fecha en que vence el plazo.

¿Hay una fecha límite para presentar una queja?

Puede presentar una queja en cualquier momento.

EL PROCESO DE APELACIÓN (Estándar y Acelerado)

El plan de su condado es responsable de permitirle solicitar una revisión de una decisión que tomaron el plan o sus proveedores acerca de sus servicios de tratamiento de SUD. Hay dos formas de solicitar una revisión. Una forma es usar el proceso de apelación estándar. La segunda forma es mediante el uso del proceso de apelación acelerada. Estas dos formas de apelación son similares; sin embargo, existen requisitos específicos para calificar 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 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 demorar hasta 30 días calendario para revisarlo. Si cree que esperar 30 días calendario pondrá en riesgo su salud, debería solicitar una 'apelación acelerada'.

El proceso estándar de apelaciones hará lo siguiente:

- Le permitirá presentar una apelación en persona, por teléfono o por escrito. Si presenta su apelación en persona o por teléfono, debe hacer un seguimiento con una apelación escrita firmada. Puede obtener ayuda para escribir la apelación. Si no hace un seguimiento con una apelación escrita firmada, su apelación no se resolverá. Sin embargo, la fecha en que presentó la apelación oral es la fecha de presentación.
- Le garantizará que la presentación de una apelación no cuente en su contra ni en contra de su proveedor de ninguna manera.
- Le permitirá autorizar a otra persona para que actúe en su nombre, incluido un proveedor. Si autoriza a otra persona para que actúe en su nombre, el plan podría pedirle que firme un formulario que autoriza al plan a divulgar información a esa persona.
- Hará que sus beneficios continúen luego de solicitar una apelación dentro del plazo requerido, que es de

10 días calendario a partir de la fecha en que su aviso de determinación adversa de beneficios se mataselló o se le entregó personalmente. No tiene que pagar por servicios continuados mientras la apelación está 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 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 anterior de revisión o toma de decisiones.
- Le permitirá a usted o su representante examinar el expediente de su caso, incluido su registro médico, y cualquier otro documento o registro considerado durante el proceso de apelación, antes y durante el proceso de apelación.
- Le permitirá tener una oportunidad razonable para presentar evidencia y alegatos de hecho o de ley, en persona o por escrito.
- Le permitirá a usted, a su representante o al representante legal del patrimonio de un miembro fallecido ser incluido como partes en la apelación.
- Le hará saber que su apelación está siendo revisada enviándole una confirmación por escrito.
- Le informará acerca de su derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal, luego de completar el proceso de apelación.

¿Cuándo puedo presentar una apelación?

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

- Si su condado o uno de los proveedores contratados por el condado deciden que usted no reúne los requisitos para recibir cualquier servicio de tratamiento de SUD de Medi-Cal porque no cumple con los criterios de necesidad médica.
- Si su proveedor considera que necesita un servicio de tratamiento de SUD y solicita la aprobación del condado, pero el condado no está de acuerdo y deniega la solicitud de su proveedor, o cambia el tipo o la frecuencia del servicio.
- Si su proveedor le ha pedido aprobación al 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 de su condado no le brinda servicios según los plazos establecidos por el plan del condado.
- Si no cree que el plan del condado está proporcionando servicios lo suficientemente pronto para satisfacer sus necesidades.
- Si su queja, apelación o apelación acelerada 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 número de teléfono gratuito de su plan del condado para obtener ayuda para presentar una apelación. El plan proporcionará sobres con dirección propia en todos los sitios de los proveedores para que usted envíe su queja por correo.

¿Cómo puedo saber si se tomó una decisión sobre mi apelación?

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

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

¿Hay una fecha límite para presentar una apelación?

Debe presentar una apelación dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha que figura en el 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 decidir sobre su apelación dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que el plan del condado reciba su solicitud de apelación. Los plazos pueden extenderse hasta 14 días calendario si solicita una extensión, o si el plan del condado considera que se necesita información adicional y que la demora es para su beneficio. Un ejemplo de cuándo una demora es para su beneficio es cuando el condado considera que podría aprobar su apelación 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 la decisión de mi apelación?

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

¿Qué es una apelación acelerada?

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

- Su apelación debe cumplir con ciertos requisitos.
- El proceso de apelación acelerada también sigue plazos diferentes a los de las apelaciones estándar.

- Puede hacer una solicitud verbal para una apelación acelerada. No tiene que presentar su solicitud de apelación acelerada por escrito.

¿Cuándo puedo presentar una apelación acelerada?

Si cree que esperar hasta 30 días calendario para una decisión de apelación estándar pondrá en peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, puede solicitar una resolución acelerada de una apelación. Si el plan del condado acuerda que su apelación cumple con los requisitos para una apelación acelerada, su condado resolverá su apelación acelerada dentro de las 72 horas posteriores a que el plan del condado reciba la apelación. Los plazos pueden extenderse hasta 14 días calendario si solicita una extensión o si el plan del condado demuestra que se necesita información adicional y que la demora es en su interés. Si el plan de su condado extiende 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 acelerada, el plan del condado debe hacer esfuerzos razonables para darle una notificación oral inmediata y se lo notificará por escrito dentro de los 2 días calendario para informarle el motivo de la decisión. Su apelación luego seguirá los plazos estándar de apelación descritos anteriormente en esta sección. Si no está de acuerdo con la decisión del condado de que su apelación no cumple con los criterios de apelación acelerada, puede presentar una queja.

Una vez que su plan del condado resuelva su apelación

acelerada, el plan le notificará a usted y a todas las partes afectadas oralmente 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 reciba los servicios de tratamiento de SUD a los que tiene derecho según el 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).
- Recibir información sobre cómo solicitar una audiencia imparcial estatal.
- Recibir información sobre las reglas que rigen la representación en la audiencia imparcial estatal.
- Hacer que sus beneficios continúen a solicitud suya durante el proceso de audiencia imparcial estatal si solicita una audiencia imparcial estatal dentro de los plazos requeridos.

¿Cuándo puedo solicitar una audiencia imparcial estatal?

Puede presentar una solicitud de audiencia imparcial estatal:

- Si ha completado el proceso de apelación del plan del condado.

- Si su condado o uno de los proveedores contratados por el condado deciden que usted no reúne los requisitos para recibir cualquier servicio de tratamiento de SUD de Medi-Cal porque no cumple con 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 deniega la solicitud de su proveedor, o cambia el tipo o la frecuencia del servicio.
- Si su proveedor le ha pedido aprobación al plan del condado, pero el condado necesita más información para tomar una decisión y no completa el proceso de aprobación a tiempo.
- Si su plan del condado no le brinda servicios según los plazos establecidos por el condado.
- Si considera que el plan del condado no está proporcionando servicios lo suficientemente pronto para satisfacer sus necesidades.
- Si su queja, apelación o apelación acelerada no se resolvió a tiempo.
- Si usted y su proveedor no están de acuerdo con los servicios de tratamiento de SUD que necesita.

¿Cómo solicito una audiencia imparcial estatal?

Puede solicitar una audiencia imparcial estatal directamente del Departamento de Servicios Sociales de California. Puede solicitar una audiencia imparcial estatal escribiendo a:

*División de Audiencias Estatales
Departamento de Servicios
Sociales de California 744 P
Street, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 95814*

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

¿Hay una fecha límite para solicitar una audiencia imparcial estatal?

Solo tiene 120 días calendario para solicitar una audiencia imparcial estatal. Los 120 días comienzan ya sea el día después de que el plan del condado le entregó 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 no recibió un aviso de determinación adversa de beneficios, puede presentar una audiencia imparcial estatal en cualquier momento.

¿Puedo continuar con los servicios mientras espero una decisión de audiencia imparcial estatal?

Sí, si actualmente está recibiendo tratamiento y desea continuar su tratamiento mientras apela, debe solicitar una audiencia imparcial estatal dentro de 10 días a partir de la fecha en que se mataselló o se le entregó el aviso de la decisión de la apelación O antes de la fecha en que su Plan del Condado dice que los servicios serán interrumpidos o reducidos. Cuando solicita una

audiencia imparcial estatal, debe decir que desea seguir recibiendo su tratamiento. Además, no tendrá que pagar por los servicios recibidos mientras esté pendiente la audiencia imparcial estatal.

Si solicita la continuación del beneficio, y la decisión final de la audiencia imparcial estatal 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 sobre mi audiencia imparcial estatal?

Puede solicitar una audiencia imparcial estatal acelerada (más rápida) si cree que el marco de tiempo normal de 90 días calendario le causará serios problemas de salud, incluso problemas con su capacidad para obtener, mantener o recuperar funciones importantes de la vida. La división de Audiencias Estatales del Departamento de Servicios Sociales, revisará su solicitud de 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 hábiles posteriores a la fecha en que la División de Audiencias Estatales recibió su solicitud.

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

¿Quién puede obtener Medi-Cal?

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

- 65 años de edad o más
- Menores de 21 años
- Un adulto, entre 21 y 65 años de edad, según la elegibilidad de ingresos
- Ciego o discapacitado
- Embarazada
- Ciertos refugiados, o inmigrantes cubanos/haitianos
- Quien recibe atención en un hogar de ancianos

Debe estar viviendo en California para calificar para Medi-Cal. Llame o visite la oficina de servicios sociales de su condado para pedir una solicitud de Medi-Cal u obtenga una en Internet en

<http://www.dhcs.ca.gov/services/medical/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 cada mes.

- Si su ingreso es menor que los límites de Medi-Cal para el tamaño de su familia, no tendrá que pagar por los servicios de Medi-Cal.
- Si su ingreso supera los límites de Medi-Cal para el tamaño de su familia, tendrá que pagar algo de dinero

por sus servicios de tratamiento médico o de SUD. La cantidad que paga se llama su 'parte del costo'. Una vez que haya pagado su 'parte del costo', Medi-Cal pagará el resto de sus facturas médicas cubiertas para ese mes. En los meses en que no tiene gastos médicos, no tiene que pagar nada.

- Es posible que tenga que pagar un 'copago' por cualquier tratamiento de Medi-Cal. Esto significa que usted paga un monto de su bolsillo cada vez que recibe un servicio de tratamiento médico o de SUD o un medicamento (medicina) recetado y un copago si va a la sala de emergencias de un hospital para recibir sus servicios regulares.
- Su 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 de drogas y alcohol, el programa Medi-Cal puede ayudarle a encontrar transporte.

- Para los niños, el programa de Salud Infantil y Prevención de Discapacidad (CHDP) del condado puede ayudar. También puede comunicarse con la oficina de servicios sociales de su condado al (209) 558-8860. También puede obtener información en línea visitando www.dhcs.ca.gov, luego haga clic en 'Servicios' y luego en 'Medi-Cal'.
- Para adultos, puede comunicarse con la oficina de servicios sociales del condado al (877) 652-0734 para obtener ayuda. O puede obtener información en línea visitando www.dhcs.ca.gov, luego haga clic en 'Servicios' y

luego en 'Medi-Cal'.

- Si está inscrito en un Plan de Atención Administrada (MCP) 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 LOS MIEMBROS

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

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

- Ser tratado con respeto, prestando la debida atención a su derecho a la privacidad y la necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica.
- Recibir información sobre las opciones de tratamiento disponibles y alternativas, presentadas de una manera adecuada a la condición y la capacidad de comprensión del miembro.
- Participar en las decisiones relacionadas con su atención de SUD, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Recibir acceso oportuno a la atención, incluidos los

servicios disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, cuando sea médicamente necesario para tratar una condición de emergencia o una condición de urgencia o crisis.

- Recibir la información presente 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 como se describe aquí.
- Tener su información confidencial de salud protegida.
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos, y solicitar que sean enmendados o corregidos como se especifica en 45 CFR §164.524 y 164.526.
- Recibir materiales escritos en formatos alternativos (incluido Braille, impresión en letra de gran tamaño y formato de audio) cuando los solicite y de manera oportuna adecuada al formato que se solicita.
- Recibir servicios de interpretación oral en su idioma preferido.
- Recibir servicios de tratamiento de SUD de un plan del condado que cumpla con 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 los servicios.
- Acceder a 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 brindar 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 usted no pague nada adicional por consultar a un proveedor fuera de la red. Puede comunicarse con servicios para miembros al (888) 376-6246 para obtener información sobre cómo recibir servicios de un proveedor fuera de la red.

- Solicitar una segunda opinión de un profesional de atención médica calificado dentro de la red del condado, o uno fuera de la red, sin costo adicional para usted.
- Presentar quejas, verbalmente o por escrito, sobre la organización o la atención recibida.
- Solicitar una apelación, ya sea verbalmente o por escrito, al recibir un aviso de determinación adversa de beneficios.
- Solicitar una audiencia imparcial estatal de Medi-Cal, incluida la información sobre las circunstancias en las que es posible una audiencia imparcial acelerada.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento utilizado como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Tener la libertad de ejercer estos derechos sin afectar negativamente la forma en que lo trata el plan del condado, los proveedores o el estado.

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

Como receptor del servicio DMC-ODS, es su responsabilidad:

- Leer atentamente el material informativo para miembros que ha recibido del plan del condado. Estos materiales le ayudarán a comprender qué servicios están disponibles y cómo obtener tratamiento si lo necesita.
- Asistir a su tratamiento según lo programado. Tendrá el mejor resultado si sigue su plan de tratamiento. Si necesita perder una cita, llame a su proveedor con al menos 24 horas de anticipación y vuelva a programar para otro día y hora.
- Siempre llevar consigo su tarjeta de identificación de Medi-Cal (plan del condado) y una identificación con foto cuando asista al tratamiento.
- Hacerle saber a su proveedor si necesita un intérprete antes de su cita.
- Informarle a su proveedor todas sus inquietudes médicas para que su plan sea preciso. Cuanto más completa sea la información que comparta sobre sus necesidades, más exitoso será su tratamiento.
- Asegurarse de plantearle a su proveedor cualquier pregunta que tenga. Es muy importante que entienda completamente 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 establecer una relación de trabajo sólida con el proveedor que lo está tratando.
- Comunicarse con el plan del condado si tiene alguna pregunta sobre sus servicios o si tiene algún problema con su proveedor que usted no pueda resolver.
- Informar a su proveedor y al plan del condado si tiene algún cambio en su información personal. Esto incluye

la dirección, el número de teléfono y cualquier otra información médica que pueda afectar su capacidad para participar en el tratamiento.

- Tratar al personal que le brinda su tratamiento con respeto y cortesía.
- Si sospecha de fraude o irregularidades, informarlo a nuestra línea directa de cumplimiento al (800) 779-1907..Los empleados deben informar cualquier problema conocido o sospechado a su supervisor, su gerente, el Oficial de Cumplimiento, el Gerente de Cumplimiento o cualquier miembro del Comité de Cumplimiento. Un empleado que tenga conocimiento de tales problemas y no los informe puede estar sujeto a medidas disciplinarias.

DIRECTORIO DE PROVEEDORES

Se le ofrecerá el Directorio de Proveedores y también se puede acceder a él en: www.stancounty.com/bhrs/

SOLICITUD DE TRANSICIÓN DE ATENCIÓN

¿Cuándo puedo solicitar quedarme con mi proveedor anterior y que ahora está fuera de la red?

- Después de unirse al Plan del Condado, puede solicitar quedarse con su proveedor fuera de la red si:
- El cambio a un nuevo proveedor podría resultar en un grave perjuicio para su salud o aumentar su riesgo de hospitalización o institucionalización; y

- Recibía tratamiento del proveedor fuera de la red antes de la fecha de su transición al Plan del Condado.

¿Cómo solicito quedarme con mi proveedor fuera de la red?

Usted, sus representantes autorizados o su proveedor actual pueden enviar una solicitud por escrito al Plan del Condado. También puede comunicarse con servicios para miembros al 1-800-541-5555 para obtener información sobre cómo solicitar servicios de un proveedor fuera de la red. El Plan del Condado enviará un acuse de recibo por escrito de su solicitud y comenzará a procesar su solicitud dentro de los tres (3) días hábiles.

¿Qué sucede si continúo viendo a mi proveedor fuera de la red después de la transición al Plan del Condado?

Puede pedir una solicitud retroactiva de transición de atención dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la recepción de los servicios de un proveedor fuera de la red.

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

El Plan del Condado puede denegar su solicitud para retener a su proveedor anterior, y que ahora está fuera de la red, 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 deniega su solicitud de transición de atención, este hará lo siguiente:

- Notificarle por escrito;
- Ofrecerle al menos un proveedor alternativo dentro de la red que ofrezca el mismo nivel de servicios que el proveedor fuera de la red; y
- Informarle de su derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con la denegación.

Si el Plan del Condado le ofrece múltiples alternativas de proveedores dentro de la red y usted no hace una elección, entonces el Plan del Condado lo remitirá o le asignará a un proveedor de la red y le notificará por escrito sobre dicha referencia o asignación.

¿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 del acuerdo de la transición 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 la red de proveedores del Plan del Condado en cualquier momento.

¿Con qué rapidez se procesará mi solicitud de transición de atención?

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 de la red al final de su período de transición de atención.