Kern Behavioral Health and Recovery Services

Manual de Beneficiarios de Servicios Especialidades de la Salud Mental

2001 28th Street
Bakersfield, CA 93301

El manual de beneficiarios debe ser proveido en el momento que el beneficiario tiene acceso a los servicios

Fecha de Revisión: 15 de Diciembre de 2023

Fecha de Entrada en Vigor: 1 de Enero de 2024

KERN COUNTY
BEHAVIORAL HEALTH & RECOVERY SERVICES

Director Alison Burrowes, MA., LCSW
PO Box 1000, Bakersfield, CA 93302
P: 661-868-6600 • F: 661-861-1020
www.KernBHRS.org • @KernBHRS on

ETIQUETAS DE IDIOMAS

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-991-5272 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-991-5272 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-991-5272 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-991-5272 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-991-5272 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-991-5272 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-991-5272 (TTY: 711)។ ជំនួយនិង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផ្ទុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-991-5272 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-991-5272
(TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-991-5272 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

مطلب به (Farsi)
زبان فارسی

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-991-5272 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-991-5272 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-991-5272
(TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-991-5272 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-991-5272 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-991-5272 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-991-5272 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-800-991-5272 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-991-5272 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-991-5272 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແຈກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-991-5272 (TTY: 711).
ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ
1-800-991-5272 (TTY: 711).
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າใช้จ่ายใดๆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-991-5272 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-991-5272 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-991-5272
(TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ

ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-991-5272 (TTY: 711).
ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-991-5272 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-991-5272 (линия TTY:
711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-991-5272
(TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al
1-800-991-5272 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa
1-800-991-5272 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan,tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-991-5272 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ:
หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข
1-800-991-5272 (TTY: 711) นอกจากนี้
ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ

สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-991-5272 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-991-5272 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-991-5272 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-991-5272 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-991-5272 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

ÍNDICE

OTROS IDIOMAS Y FORMATOS 9
AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN..... 11
INFORMACIÓN GENERAL 17
INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL PROGRAMA MEDI-CAL 24
CÓMO SABER SI USTED O ALGUIEN A QUIEN CONOCE NECESITA AYUDA 33
ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL ESPECIALIZADOS 40
SELECCIÓN DE UN PROVEEDOR 60
SU DERECHO A ACCEDER A REGISTROS MÉDICOS E INFORMACIÓN SOBRE EL DIRECTORIO DE PROVEDORES UTILIZANDO.. 65
ALCANCE DE LOS SERVICIOS 66
DECISIONES ADVERSAS SOBRE BENEFICIOS POR PARTE DE SU PLAN DE SALUD MENTAL . 91
EL PROCESO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS: PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO O APELACIÓN 100
EL PROCESO DE RECLAMO 106
EL PROCESO DE APELACIÓN (ESTÁNDAR Y ACELERADO) 113

EL PROCESO DE AUDIENCIA ESTATAL 126
DIRECTIVAS ANTICIPADAS..... 134
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS BENEFICIARIOS 138

OTROS IDIOMAS Y FORMATOS

Otros idiomas

Puede obtener este Manual del Beneficiario y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo para usted. Proporcionamos traducciones por escrito realizadas por traductores cualificados. Llame al KernBHRS 1-800-991-5272 (TTY: 711). La llamada es gratuita. El Condado deberá introducir la información adecuada en todo el texto para ajustarse al nombre que usa el PSM. El PSM puede también añadir información de contacto adicional e información sobre recursos disponibles para el beneficiario, como un portal del beneficiario. Lea este Manual del Beneficiario para saber más sobre servicios de ayuda lingüística para asistencia médica, como servicios de interpretación y traducción.

Otros formatos

Puede obtener esta información de forma gratuita en otros formatos, como Braille, letra grande de 20 puntos, audio y formatos electrónicos accesibles. Llame al KernBHRS 1-800-991-5272 (TTY: 711). La

llamada es gratuita.

Servicios de Intérprete

KernBHRS proporciona servicios de interpretación oral de un intérprete cualificado, 24 horas al día, sin costo para usted. No es necesario que use a un familiar o amigo como intérprete. Desaconsejamos el uso de menores como intérpretes, a menos que se trate de una emergencia. Hay disponibles servicios de intérprete, lingüísticos y culturales sin costo para usted. Hay ayuda disponible 24 horas al día, 7 días a la semana. Para ayuda lingüística, o para obtener este manual en otro idioma, llame al KernBHRS 1-800-991-5272 (TTY 711). La llamada es gratuita.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es ilegal. ***Kern Behavioral Health & Recovery Services*** cumple las leyes estatales y federales sobre derechos civiles. ***KernBHRS*** no discrimina ilegalmente ni excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido al sexo, la raza, el color, la religión, la ascendencia, el origen nacional, la identificación con un grupo étnico, la edad, la discapacidad mental, la discapacidad física, la condición médica, la información genética, el estado civil, el género, la identidad de género o la orientación sexual.

KernBHRS proporciona:

- Ayudas y servicios gratuitos para personas con discapacidad para ayudarlas a comunicarse mejor, tales como:
  - Intérpretes cualificados de lengua de signos
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, Braille, audio o formatos electrónicos accesibles)

- Servicios lingüísticos gratuitos para personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes cualificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con KernBHRS los 7 días de la semana, las 24 horas del día al 1-800-991-5272. O, si no puede oír o hablar bien, por favor, llame al TYY/TDD 711. Si lo solicita, le podemos entregar una copia de este documento en Braille, letra grande, audio o formatos electrónicos accesibles.

COMO PRESENTAR UN RECLAMO

Si usted cree que ***KernBHRS*** no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado ilegalmente de otra manera en base al sexo, la raza, el color, la religión, la ascendencia, el origen nacional, la identificación con un grupo étnico, la edad, la discapacidad mental, la discapacidad física, la condición médica, la información genética, el estado civil, el género, la identidad de género o la orientación sexual, puede presentar un reclamo

ante *la Oficina de Defensa de los Derechos del Paciente y de la Familia de Kern BHRS*. Puede presentar un reclamo por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente:

- Por teléfono: Comuníquese con *Kern BHRS Derechos del Paciente y defensa Familiar entre las 8 a.m. y 5 p.m. de Lunes a Viernes llamando* al *número de teléfono.* O, si no puede oír o hablar bien, por favor, llame al *TYY/TDD 711*.
- Por escrito: Complete un formulario de reclamo o escriba una carta y envíela a:

  Kern BHRS Defensa de los Derechos de los Pacientes y de la Familia,

  PO BOX 1000, Bakersfield, CA 93302

  Número de teléfono: 1-844-360-8250 (TTY 711)
- En persona: Visite la consulta de su médico o *Entidad Colaboradora* y diga que quiere presentar un reclamo.
- Electrónicamente: Visite la página de Internet de *Kern BHRS en www.kernbhrs.org/patient-s-rights.*

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE CALIFORNIA

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud de California, por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- Por teléfono: Llame al **916-440-7370**. Si no puede hablar u oír bien, por favor, llame al **711 (Servicio de transmisión de mensajes del Estado de California - *California State Relay*)**.
- Por escrito: Complete un formulario de reclamo o envíe una carta a:

  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Hay formularios de reclamo disponibles en la página: https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures

- Electrónicamente: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SALUD YSERVICIOS HUMANOS DE LOS EE.UU.

Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar un reclamo sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si no puede hablar u oír bien, por favor, llame al **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- Por escrito: Complete un formulario de reclamo o envíe una carta a:

  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

Hay formularios de reclamo disponibles en la página http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

- Electrónicamente: Visite el Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

INFORMACIÓN GENERAL

¿Por qué es importante leer este Manual?

El plan de salud mental puede insertar un mensaje de bienvenida para nuevos beneficiarios, incluyendo información acerca del área de servicio cubierta por el plan de salud mental. **Nota:** por favor, ajuste la paginación y los encabezamientos según sea necesario.

Este manual le dice cómo obtener los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal a través de su plan de salud mental del condado. Este manual explica sus beneficios y cómo obtener atención. También responderá a muchas de sus preguntas.

Usted aprenderá:

- Cómo acceder a los servicios de salud mental especializados
- A qué beneficios tiene acceso
- Qué hacer si tiene alguna pregunta o algún problema
- Sus derechos y responsabilidades como beneficiario de Medi-Cal

Si no lee este manual ahora, debe conservarlo para poder leerlo más tarde. Este manual y otros materiales escritos están disponibles electrónicamente en www.kernbhrs.org o en forma impresa por parte del plan del salud mental, de forma gratuita. Llame a su plan de salud mental al el plan de salud mental debe introducir el número de llamada gratuita aquí si es distinto del que hay en el pie de página si desea una copia impresa.

Use este manual como un complemento de la información que recibió cuando se inscribió en Medi-Cal.

¿Necesita este manual en su idioma o en un formato diferente?

Si habla un idioma que no sea inglés, hay servicios gratuitos de intérprete oral disponibles para usted. Llame a KernBHRS. el plan de salud mental debe introducir el número de llamada gratuita aquí si es distinto del que hay en el pie de página. Su plan de salud mental está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.

También puede contactar a su plan de salud mental llamando al el plan de salud mental debe 1-800-991-5272 de llamada telefónica gratuita si desea este manual u otros materiales escritos en formatos

alternativos como letra grande, Braille o audio. Su plan de salud mental lo ayudará.

Si desea este manual u otros materiales escritos en un idioma que no sea inglés, llame a su plan de salud mental. Su plan de salud mental lo ayudará por teléfono en su idioma.

Esta información está disponible en los idiomas enumerados a continuación:

- Español

¿De qué es responsable mi Plan de Salud Mental?

Su plan de salud mental es responsable de lo siguiente:

- Averiguar si usted cumple con los criterios

para acceder a los servicios de salud mental especializados del condado o de su red de proveedores.

- Proporcionar una evaluación para determinar si usted necesita servicios de salud mental especializados.
- Proporcionar un número de teléfono gratuito que se conteste las 24 horas del día, los siete días de la semana, que puede informarle cómo obtener servicios del plan de salud mental. El plan de salud mental debe 1-800-991-5272 de llamada telefónica gratuita.
- Tener suficientes proveedores cerca de usted para asegurarse de que pueda obtener los servicios de tratamiento de salud mental cubiertos por el plan de salud mental si los necesita.
- Informarlo y educarlo sobre los servicios

disponibles en su plan de salud mental.

- Proporcionarle servicios en su idioma o mediante un intérprete (si es necesario) de forma gratuita y hacerle saber que están disponibles estos servicios de intérprete.
- Notificarle cualquier cambio significativo en la información especificada en este manual, al menos 30 días antes de la fecha prevista de entrada en vigor del cambio. Un cambio se considera significativo cuando hay un aumento o una disminución en la cantidad o el tipo de servicios que están disponibles, o si hay un aumento o una disminución en el número de proveedores de la red, o si hay cualquier otro cambio que pueda afectar a los beneficios que usted recibe a través del plan de salud mental.
- Coordinar su atención con otros planes o sistemas de entrega según sea necesario para

facilitar las transiciones de atención y guiar las remisiones para los beneficiarios, asegurando que el ciclo de remisión esté cerrado y que el nuevo proveedor acepta la atención del beneficiario.

- Asegurarse de que usted puede continuar accediendo a su proveedor anterior y actual de fuera de la red durante un periodo de tiempo si el cambio de proveedores haría que su salud se viera afectada o incrementara su riesgo de hospitalización.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL PROGRAMA MEDI-CAL

¿Hay transporte disponible?

Si usted tiene problemas para llegar a sus citas médicas o citas del plan de salud mental, el programa Medi-Cal puede ayudarle a encontrar transporte. Puede proporcionarse transporte a beneficiarios de Medi-Cal que no puedan proporcionar transporte por su cuenta y que tengan una necesidad médica para recibir servicios cubiertos por Medi-Cal. Hay dos tipos de transporte para citas:

- El transporte no médico es el transporte mediante vehículo propio o privado para personas que no tienen otra forma de llegar a su cita.

- El transporte no médico de emergencia es el transporte mediante ambulancia, camioneta para sillas de ruedas o camioneta para camillas para aquellos que no puedan usar transporte público o privado.

Hay disponible transporte para viajes a la farmacia o para recoger suministros médicos, prótesis, ortopedia y demás equipo necesario. Para más información y ayuda sobre transporte, comuníquese con su plan de atención administrada.

Si usted tiene Medi-Cal pero no está inscrito en un plan de atención administrada, y usted necesita transporte no médico a un servicio relacionado con la salud, puede contactar directamente al proveedor de transporte no médico o a su proveedor para obtener ayuda. Cuando se ponga en contacto con la compañía de transporte, le pedirán información sobre la fecha y hora de su cita. Si necesita

transporte médico no de emergencia, su proveedor puede prescribir transporte médico no de emergencia y ponerlo en contacto con un proveedor de transporte para coordinar su viaje de ida y vuelta a su(s) cita(s).

¿Qué son los servicios de emergencia?

Los servicios de emergencia son servicios para beneficiarios que experimentan una condición médica inesperada, incluida una condición médica psiquiátrica de emergencia.
Una condición médica de emergencia tiene síntomas tan severos (entre ellos, posiblemente, un dolor severo) que una persona promedio podría esperar razonablemente que podría suceder lo siguiente en cualquier momento:

- La salud de la persona (o la salud de un niño por nacer) podría estar en serios problemas

- Causa daño grave a la forma en que funciona su cuerpo
- Causa daño grave a cualquier órgano o parte del cuerpo

Una condición médica psiquiátrica de emergencia ocurre cuando una persona promedio piensa que alguien:

- Es un peligro actual para sí mismo o para otra persona debido a una condición de salud mental o a una sospecha de una condición de salud mental.
- Es inmediatamente incapaz de obtener o comer alimentos, o usar ropa o conseguir refugio debido a una condición de salud mental o a una sospecha de una condición de salud mental.

Los servicios de emergencia están cubiertos las 24 horas del día, los siete días de la semana, para los beneficiarios de Medi-Cal. No se requiere autorización previa para servicios de emergencia. El programa de Medi-Cal cubrirá condiciones de emergencia, tanto si la condición se debe a una condición de salud física o de salud mental (pensamientos, sentimientos, conductas que son fuente de malestar y/o disfunción en relación con uno mismo u otros). Si usted está inscrito en Medi-Cal, no recibirá una factura para pagar por ir a la sala de emergencias, incluso si resulta que no es una emergencia. Si cree que está teniendo una emergencia, llame al **911** o acuda a cualquier hospital u otro lugar para obtener ayuda.

¿Tengo que pagar por Medi-Cal?

La mayoría de las personas no tienen que pagar nada por Medi-Cal. En algunos casos puede que

usted tenga que pagar por Medi-Cal dependiendo de la cantidad de dinero que usted obtenga o gane cada mes.

- Si sus ingresos son menores que los límites de Medi-Cal para el tamaño de su familia, no tendrá que pagar por los servicios de Medi-Cal.
- Si sus ingresos son mayores que los límites de Medi-Cal para el tamaño de su familia, tendrá que pagar algo de dinero por sus servicios de tratamiento médico o para el trastorno por el consumo de sustancias. La cantidad que usted paga se llama su “parte del costo”. Una vez usted 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 tenga gastos médicos, no tiene que pagar nada.

- Es posible que deba hacer un “copago” por cualquier tratamiento bajo Medi-Cal. Esto significa que usted paga una cantidad de su bolsillo cada vez que obtiene un servicio médico o va a una sala de emergencias de un hospital para sus servicios regulares.

Su proveedor le dirá si necesita hacer un copago.

¿Con quién me pongo en contacto si tengo pensamientos suicidas?

Si usted o alguien a quien conoce está en crisis, por favor, llame a la Línea Nacional de Prevención del Suicidio al **988** o al **1-800-273-TALK (8255).** Hay un chat disponible en https://988lifeline.org/
Para los residentes locales que buscan ayuda en una crisis y para acceder a programas locales de salud mental, por favor, llame al el plan de salud

mental debe insertar Número(s) de Intervención para Casos de Crisis 24 horas.

Información Adicional Específica para el Plan de Salud Mental

Inserte aquí información específica del plan de salud mental si la hay.

Línea directa para casos de crisis de Kern (24/7)……...1 (800) 991-5272
Línea de acceso DMC-ODS SUD de Kern (24/7)…..……1 (866) 266-4898
Línea directa para la prevención del suicidio……1 (800) 273-8255
Atención de salud mental para adultos para casos que no son de crisis…….(661) 868-8080
Oficina de Derechos del Paciente y Defensa de la Familia……1 (844) 360-8250

Emergencia médica……911

Servicios de retransmisión de telecomunicaciones……..…..711

¿A dónde puedo ir para obtener más información sobre Medi-Cal?

Para más información sobre Medi-Cal, visite el sitio de Internet del Departamento de Servicios de Salud, https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/Beneficiaries.aspx.

CÓMO SABER SI USTED O ALGUIEN A QUIEN CONOCE NECESITA AYUDA

¿Cómo sé cuándo necesito ayuda?

Muchas personas tienen momentos difíciles en la vida y pueden experimentar condiciones de salud mental o problemas emocionales. Lo más importante que se debe recordar es que hay ayuda disponible. Si usted o un miembro de su familia son elegibles para recibir Medi-Cal y necesitan servicios de salud mental, debe llamar a la línea de acceso de su plan de salud mental al 1-(800) 991-5272. Su plan de atención administrada también puede ayudarlo a comunicarse con su plan de salud mental si ellos creen que usted o un miembro de su familia necesitan servicios de salud mental que no cubre el plan de atención administrada. El plan de salud

mental lo ayudará a encontrar un proveedor de los servicios que pueda necesitar.

Si usted observa que usted o un miembro de su familia está experimentando un malestar significativo o persistente que está afectando a la capacidad de usted, o a la de esa persona, de enfrentarse a la vida diaria, o haciéndole sentir que no quiere vivir, llame a su plan de salud mental. Llame a su plan de salud mental si desea ayuda con uno o más de los siguientes síntomas:

- Demasiada preocupación o miedo
- Sentirse demasiado triste o deprimido
- Problemas para pensar:
    - Problemas para concentrarse, con la memoria o con pensamiento o habla lógicos que son difíciles de explicar
- Cambios extremos de humor, que incluyen:

  - Sentirse demasiado bien, en la cima del mundo
  - Sentirse demasiado irritable o enojado durante demasiado tiempo
- Evitar a los amigos y las actividades sociales
- Problemas con las relaciones con otras personas
- Dormir demasiado, o demasiado poco
- Comer demasiado, o demasiado poco
- Problemas por oír, ver o sentir cosas que son difíciles de explicar o que la mayoría de las personas dicen que no existen
- Problemas con el uso de alcohol y drogas
- Muchos problemas físicos sin causas obvias, como por ejemplo:
  - Dolores de cabeza
  - Dolores de estómago
- Pensar en el suicidio

- Cambios repentinos o inusuales en el funcionamiento:
    - No poder realizar las actividades diarias usuales, tener problemas con el trabajo, la escuela o tareas familiares

¿Cómo sé cuándo un niño o un adolescente necesita ayuda?

Puede comunicarse con la línea de acceso de su plan de salud mental llamando al plan de salud mental debe insertar el número de teléfono o con el plan de atención administrada para realizar una evaluación y detección de su hijo menor o adolescente si cree que está mostrando alguno de los signos de un problema de salud mental. Si su hijo menor o adolescente califica para Medi-Cal y la evaluación del plan de salud mental indica que son necesarios los servicios de salud mental

especializados cubiertos por el plan de salud mental, el plan de salud mental hará los arreglos necesarios para que su hijo menor o adolescente reciba los servicios. Su plan de atención administrada también puede ayudarlo a comunicarse con su plan de salud mental si el plan cree que su hijo menor o adolescente necesita servicios de salud mental que no cubre el plan de atención administrada. También hay servicios disponibles para los padres que se sienten abrumados por ser padres o que tienen problemas de salud mental.

La siguiente lista de comprobación puede ayudarlo a evaluar si su hijo necesita ayuda, incluyendo servicios de salud mental. Si hay más de un signo presente o persiste durante un período largo de tiempo, puede indicar un problema más grave que

requiere ayuda profesional. Estos son algunos signos ante los que debe estar alerta:

- Muchos problemas para concentrarse o permanecer quieto, lo que lo pone en peligro físico o causa problemas en la escuela
- Preocupaciones o miedos intensos que se interponen en el camino de las actividades diarias
- Miedo repentino y abrumador sin razón, a veces con ritmo cardíaco acelerado o respiración rápida
- Se siente muy triste o se aleja de los demás durante dos o más semanas, lo cual causa problemas con las actividades diarias
- Cambios de humor extremos que causan problemas en las relaciones
- Cambios drásticos en el comportamiento
- No comer, vomitar o usar laxantes para causar pérdida de peso

- Consumo repetido de alcohol o drogas
- Comportamiento grave y fuera de control que puede lastimar a uno mismo o a los demás
- Plan serio o intento de lastimarse o suicidarse
- Peleas repetidas, o el uso de un arma, o un plan serio para lastimar a otros

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL ESPECIALIZADOS

¿Qué son los Servicios de Salud Mental Especializados?

Los servicios de salud mental especializados son servicios para personas que tienen una condición de salud mental o problemas emocionales que es posible que no pueda tratar un pediatra o médico general. Estas enfermedades o problemas son lo suficientemente graves como para afectar a la capacidad de una persona para continuar con sus actividades diarias.

Los servicios de salud mental especializados incluyen:

- Servicios de salud mental
- Servicios de apoyo con medicamentos

- Gestión de casos específicos
- Servicios de intervención para casos de crisis
- Servicios de estabilización de crisis
- Servicios de tratamiento residencial para adultos
- Servicios de tratamiento residencial de crisis
- Servicios intensivos de tratamiento de día
- Rehabilitación de día
- Servicios hospitalarios psiquiátricos
- Servicios de centros de salud psiquiátrica
- Servicios de apoyo de pares (solo disponibles para adultos en ciertos condados, pero los beneficiarios menores de 21 años pueden ser elegibles para el servicio dentro de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento, independientemente de su condado de residencia)
- Servicios móviles para casos de crisis

Además de los servicios de salud mental especializados enumerados anteriormente, los beneficiarios menores de 21 años tienen acceso a servicios adicionales de salud mental brindados mediante el beneficio de evaluación temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento. Esos servicios incluyen:

- Servicios intensivos basados en el hogar
- Coordinación de cuidados intensivos
- Servicios terapéuticos conductuales
- Servicios terapéuticos para cuidados de crianza

Si desea obtener más información sobre cada servicio de salud mental especializado que pueda estar disponible para usted, consulte la sección “Alcance de los servicios” de este manual.

¿Cómo puedo obtener Servicios de Salud Mental Especializados?

Si cree que necesita servicios de salud mental especializados, puede llamar a su plan de salud mental para recibir una evaluación inicial y solicitar una cita para una evaluación. Puede llamar al número de teléfono gratuito de su condado. También puede solicitar servicios de salud mental a su plan de atención administrada si es beneficiario. Si el plan de atención administrada determina que usted cumple con los criterios de acceso a los servicios de salud mental especializados, el plan de atención administrada lo ayudará a recibir una evaluación para recibir servicios de salud mental a través del plan de salud mental. No hay puerta equivocada para acceder a los servicios de salud mental, lo cual significa que es posible que usted incluso pueda recibir servicios de salud mental no especializados a través de su plan de atención administrada, además de servicios de salud mental especializados. Puede acceder a estos servicios a

través de su proveedor de salud mental si su proveedor determina que los servicios son clínicamente apropiados para usted y siempre y cuando esos servicios sean coordinados y no duplicados.

También puede ser remitido a su plan de salud mental para servicios de salud mental especializados por otra persona u organización, incluido su médico general, su escuela, un miembro de la familia, su tutor, su plan de atención administrada u otras agencias del condado. Por lo general, su médico general o el plan de atención administrada necesitarán el permiso de usted o el permiso del padre, la madre o el cuidador de un niño para hacer la remisión directamente al plan de salud mental, a menos que haya una emergencia. Su plan de salud mental no puede denegar una solicitud de hacer una evaluación inicial para

determinar si usted cumple con los criterios para recibir servicios del plan de salud mental.

Los servicios de salud mental especializados pueden ser proporcionados por el plan de salud mental (condado) u otros proveedores que tengan contrato con el plan de salud mental (como clínicas, centros de tratamiento, organizaciones basadas en la comunidad o proveedores individuales).

¿Dónde puedo obtener Servicios de Salud Mental Especializados?

Puede obtener servicios especializados de salud mental en el condado donde vive y fuera de su condado si es necesario. Los servicios mentales especializados son proporcionados por Kern BHRS y sus proveedores contratados. Cada condado tiene servicios especializados de salud mental para niños,

jóvenes, adultos y adultos mayores. Si es menor de 21 años, usted es elegible para la cobertura y los beneficios adicionales de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento.

Su plan de salud mental lo ayudará a encontrar un proveedor de servicios que le pueda brindar la atención que necesita. El plan de salud mental debe remitirlo al proveedor más cercano a su hogar o a un proveedor que esté dentro de los estándares de tiempo o distancia que satisfaga sus necesidades.

¿Cuándo puedo obtener Servicios de Salud Mental Especializados?

Su plan de salud mental tiene que cumplir con los estándares de tiempo de citas del estado al programar una cita para que usted reciba servicios

del plan de salud mental. El plan de salud mental debe ofrecerle una cita:

- Dentro de los 10 días hábiles de su solicitud no urgente para iniciar los servicios con el plan de salud mental;
- Dentro de las 48 horas si solicita servicios para una condición urgente;
- Dentro de 15 días hábiles de su solicitud no urgente para una cita con un psiquiatra; y
- Dentro de los 10 días hábiles a partir de la cita previa para citas no urgentes de seguimiento de condiciones en curso.

Sin embargo, estos tiempos de espera pueden ser más largos si su proveedor ha determinado que un tiempo de espera más largo es médicamente apropiado y no es perjudicial para su salud. Si se le ha dicho que lo han puesto en una lista de espera y

considera que el plazo de tiempo es perjudicial para su salud, comuníquese con su plan de salud mental llamando al 1-(800) 991-5272. Usted tiene derecho a presentar un reclamo si no recibe la atención en el plazo oportuno. Para más información sobre cómo presentar un reclamo, por favor, consulte la sección “El Proceso de Reclamo” de este manual.

¿Quién decide qué servicios recibiré?

Usted, su proveedor y el plan de salud mental participan todos en decidir qué servicios necesita recibir a través del plan de salud mental. Un profesional de la salud mental hablará con usted y ayudará a determinar qué tipo de servicios de salud mental especializados son apropiados en función de sus necesidades.

Usted no necesita saber si tiene un diagnóstico de salud mental o una condición de salud mental específica para pedir ayuda. El plan de salud mental llevará a cabo una evaluación de su condición. El proveedor evaluará si usted puede tener un trastorno de salud mental que pueda perjudicar a su vida diaria si no recibe tratamiento. Usted podrá recibir los servicios clínicamente apropiados y servicios cubiertos mientras su proveedor lleva a cabo esta evaluación.

Si usted es menor de 21 años, también puede tener acceso a servicios de salud mental especializados si tiene una condición de salud mental debido a un trauma, participación en el sistema de bienestar infantil, participación en la justicia juvenil, o experimentar indigencia. Además, si es menor de 21 años, el plan de salud

mental debe proporcionar los servicios médicamente necesarios para corregir o mejorar su condición de salud mental. Los servicios que corrigen, sostienen, apoyan, mejoran o hacen más tolerable una condición de salud mental se consideran médicamente necesarios.

Es posible que algunos servicios requieran autorización previa del plan de salud mental. Los servicios que requieren autorización previa incluyen: servicios intensivos basados en el hogar, servicios intensivos de tratamiento diario, rehabilitación de día, servicios terapéuticos conductuales, y servicios terapéuticos para cuidados de crianza. Puede solicitar al plan de salud mental más información sobre su proceso de autorización previa. Llame a su plan de salud mental para solicitar información adicional.

El plan de salud mental debe utilizar un profesional cualificado para hacer la revisión de la autorización del servicio. Este proceso de revisión se llama autorización previa de servicios de salud mental especializados. El proceso de autorización del plan de salud mental debe seguir plazos específicos. Para obtener una autorización previa estándar, el plan de salud mental debe decidir en función de la solicitud de su proveedor tan pronto como su condición lo requiera, pero sin superar los cinco días hábiles desde que el plan de salud mental reciba la solicitud. Por ejemplo, si seguir el plazo estándar podría poner seriamente en peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su funcionalidad máxima, su plan de salud mental debe apresurar una decisión sobre la autorización y notificarla basándose en un plazo relacionado con su condición de salud, que no sea de más de 72

horas después de recibir la solicitud del servicio. Su plan de salud mental puede prolongar el tiempo un máximo de 14 días calendario tras haber recibido la solicitud, si usted o su proveedor solicitan una extensión o el plan de salud mental aporta justificación sobre por qué la extensión es lo que más le conviene a usted.

Un ejemplo de cuándo podría ser necesaria una extensión es cuando el plan de salud mental considera que podría aprobar la solicitud de tratamiento presentada por su proveedor si obtiene información adicional de su proveedor. Si el plan de salud mental extiende el plazo para la petición del proveedor, el condado le enviará a usted un aviso por escrito acerca de la extensión.

Si el plan de salud mental deniega, retrasa, reduce o termina los servicios solicitados, el plan de salud

mental debe enviarle un Aviso de Decisión Adversa sobre Beneficios que le indique que los servicios son denegados, retrasados, reducidos o terminados, informarle de que puede presentar una apelación y darle información sobre cómo presentar una apelación. Para obtener más información sobre sus derechos a presentar un reclamo o una apelación cuando usted no esté de acuerdo con la decisión de su plan de salud mental de denegar sus servicios o tomar otras acciones con las que no esté de acuerdo, consulte la sección de Decisiones Adversas sobre Beneficios enviadas por su plan de salud mental en la página el plan de salud mental debe insertar el número de página correcto antes de la publicación de este manual.

¿Qué es la necesidad médica?

Los servicios que reciba deben ser médicamente necesarios y apropiados para abordar su condición.

Para las personas de 21 años y mayores, un servicio es médicamente necesario cuando es razonable y necesario para proteger su vida, prevenir enfermedades o discapacidades significativas, o para aliviar el dolor grave.

Para las personas menores de 21 años, el servicio es médicamente necesario si el servicio corrige, sostiene, apoya, mejora o hace más tolerable una condición de salud mental. Los servicios que sostienen, apoyan, mejoran o hacen que una condición de salud mental sea más tolerable se consideran médicamente necesarios y están cubiertos como servicios de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento.

¿Cómo puedo obtener otros servicios de salud mental que no están cubiertos por el Plan de Salud Mental?

Si está inscrito en un plan de atención administrada, usted tiene acceso a los siguientes servicios de salud mental ambulatorios a través de su plan de atención administrada:

- Evaluación y tratamiento de la salud mental, que incluye terapia individual, grupal y familiar.
- Pruebas psicológicas y neuropsicológicas, cuando estén clínicamente indicadas para evaluar una condición de salud mental.
- Servicios ambulatorios para fines de monitoreo de medicamentos recetados.
- Consulta psiquiátrica.

Para obtener uno de los servicios anteriores, llame directamente a su plan de atención administrada. Si

no está en un plan de atención administrada, es posible que pueda obtener estos servicios de proveedores y clínicas individuales que acepten Medi-Cal. El plan de salud mental puede ayudarlo a encontrar un proveedor o una clínica que lo pueda ayudar o darle algunas ideas sobre cómo encontrar un proveedor o una clínica.

Cualquier farmacia que acepte Medi-Cal puede surtir recetas para tratar una condición de salud mental. Por favor, tenga en cuenta que la mayoría de los medicamentos recetados dispensados por una farmacia, llamados Medi-Cal RX, están cubiertos por el programa de pago por servicio de Medi-Cal, no por su plan de atención administrada.

¿Cómo puedo obtener otros servicios de Medi-Cal (atención primaria/Medi-Cal) que no están cubiertos por el Plan de Salud Mental?

Si usted está en un plan de atención administrada, el plan es responsable de encontrar un proveedor para usted. Si no está inscrito en un plan de atención administrada y tiene Medi-Cal “regular”, también llamado Medi-Cal de Pago por Servicio, entonces puede acudir a cualquier proveedor que acepte Medi-Cal. Debe decirle a su proveedor que tiene Medi-Cal antes de comenzar a recibir servicios. De lo contrario, puede que le cobren por esos servicios.

Puede usar un proveedor fuera de su plan de salud administrada para servicios de planificación familiar.

¿Qué pasa si tengo un problema con el alcohol o las drogas?

Si cree que necesita servicios para tratar un problema con el alcohol o las drogas, comuníquese con su Condado en:

Línea de acceso Kern DMC-ODS SUD (24/7) ……. **1-866-266-4898 (Llamada gratuita)**

¿Por qué podría necesitar servicios hospitalarios psiquiátricos?

Usted puede ser ingresado en un hospital si tiene una condición de salud mental o síntomas de una condición de salud mental que no puede ser tratada de forma segura en un nivel de atención más bajo, y debido a la condición de salud mental o síntomas de la condición de salud mental, usted:

- Representa un peligro actual para usted mismo o para los demás, o una destrucción significativa de la propiedad
- No puede procurarse o utilizar alimentos, ropa o refugio
- Presenta un riesgo grave para su salud física
- Tiene un deterioro reciente y significativo en la capacidad de funcionamiento como resultado de una condición de salud mental
- Necesita evaluación psiquiátrica, tratamiento con medicamentos u otro tratamiento que solo se pueda proporcionar en el hospital

SELECCIÓN DE UN PROVEEDOR

¿Cómo puedo encontrar un proveedor para los servicios de salud mental especializados que necesito?

Su plan de salud mental está obligado a publicar un directorio de proveedores actual en línea. Si usted tiene preguntas sobre los proveedores actuales o desea un directorio de proveedores actualizado, visite el sitio de Internet de su plan de salud mental www.kernbhrs.org o llame al número de teléfono gratuito del plan de salud mental. Puede obtener una lista por escrito o por correo si la solicita.

El plan de salud mental puede poner algunos límites a su elección de proveedores. Cuando comience a recibir servicios de salud mental especializados, puede solicitar que su plan de salud mental le

proporcione una opción inicial de un mínimo de dos proveedores. Su plan de salud mental también debe permitirle cambiar de proveedor. Si solicita cambiar de proveedor, el plan de salud mental debe permitirle elegir entre un mínimo de dos proveedores en la medida de lo posible.

Su plan de salud mental es responsable de asegurarse de que usted tenga acceso oportuno a la atención y que haya suficientes proveedores cerca de usted para asegurarse de que pueda obtener los servicios de tratamiento de salud mental cubiertos por el plan de salud mental si los necesita. A veces, los proveedores que tienen contrato con el plan de salud mental eligen dejar de proporcionar servicios de salud mental especializados. Es posible que los proveedores del plan de salud mental ya tengan contrato con el plan de salud mental o ya no acepten pacientes de servicios de salud mental

especializados de Medi-Cal por su cuenta o a solicitud del plan de salud mental. Cuando esto suceda, el plan de salud mental debe hacer un esfuerzo para dar aviso por escrito a cada persona que estaba recibiendo servicios de salud mental especializados del proveedor. El aviso al beneficiario se proporcionará 30 días calendario antes de la fecha de entrada en vigor de la finalización del servicio o 15 días calendario después de que el plan de salud mental sepa que el proveedor dejará de trabajar. Cuando esto suceda, su plan de salud mental debe permitirle continuar recibiendo servicios del proveedor que dejó el plan de salud mental, si usted y el proveedor están de acuerdo. Esto se llama “continuidad de la atención” y se explica a continuación.

¿Puedo continuar recibiendo servicios de mi proveedor actual?

Si usted ya está recibiendo servicios de salud mental de un plan de atención administrada, puede continuar recibiendo atención de ese proveedor, incluso usted si recibe servicios de salud mental de su proveedor del plan de salud mental, siempre y cuando los servicios estén coordinados entre los proveedores y los servicios no sean los mismos.

Además, si ya está recibiendo servicios de salud mental especializados proporcionados por otro plan de salud mental, plan de atención administrada o un proveedor individual de Medi-Cal, puede solicitar "continuidad de la atención" para poder permanecer con su proveedor actual hasta un máximo de 12 meses. Puede que usted desee solicitar continuidad de la atención si necesita permanecer con su

proveedor actual para continuar con un tratamiento continuado o porque cambiar a un nuevo proveedor causaría un daño grave a su condición de salud mental. Su petición de continuidad de atención puede concederse si sucede lo siguiente:

- Usted tiene una relación existente con el proveedor que está solicitando y ha visto a ese proveedor dentro de los últimos 12 meses;
- El proveedor está cualificado y cumple con los requisitos de Medi-Cal; ~~y~~
- El proveedor acepta los requisitos del plan de salud mental para contratar con el plan de salud mental y para el pago por los servicios; y
- El proveedor comparte documentación relevante con el plan de salud mental respecto de su necesidad de los servicios

SU DERECHO A ACCEDER A REGISTROS MÉDICOS E INFORMACIÓN SOBRE EL DIRECTORIO DE PROVEDORES UTILIZANDO

Su condado tiene la obligación de crear y mantener un sistema seguro para que usted pueda acceder a sus registros médicos y localizar a un proveedor utilizando tecnologías comunes, como por ejemplo una computadora, una tableta inteligente o un dispositivo móvil. Este sistema se llama un Interfaz de Programación de Aplicación de Acceso del Paciente (API, por sus siglas en inglés). En la página de Internet de su condado puede encontrarse información que ha de tener en cuenta para seleccionar una aplicación para acceder a sus registros médicos y localizar un proveedor.

www.kernbhrs.org

ALCANCE DE LOS SERVICIOS

Si cumple con los criterios para acceder a los servicios de salud mental especializados, los siguientes servicios están disponibles para usted en función de su necesidad. Su proveedor trabajará con usted para decidir qué servicios serán los mejores para usted.

Servicios de Salud Mental

- Los servicios de salud mental son servicios de tratamiento individuales, grupales o basados en la familia que ayudan a las personas con problemas de salud mental a desarrollar habilidades de afrontamiento para la vida diaria. Estos servicios también incluyen el trabajo que el proveedor hace para ayudar a mejorar los servicios para la persona que recibe los servicios. Este tipo de cosas incluye:

evaluaciones para ver si usted necesita el servicio y si el servicio está funcionando; planificación del tratamiento para decidir los objetivos de su tratamiento de salud mental y los servicios específicos que se proporcionarán; y “servicio para personas próximas”, que significa trabajar con miembros de la familia y personas importantes en su vida (si usted concede su permiso) para ayudarlo a usted a mejorar o mantener sus habilidades para la vida diaria. Los servicios de salud mental se pueden proporcionar en una clínica o en el consultorio de un proveedor, en su hogar u otro entorno comunitario, por teléfono o por telesalud (lo cual incluye interacciones tanto en vídeo como únicamente en audio). (42 C.F.R. § 438.10(g)(2)(iii)).

Servicios de apoyo con medicamentos

- Estos servicios incluyen la prescripción, la administración, la dispensación y el monitoreo de medicamentos psiquiátricos, así como educación relacionada con medicamentos psiquiátricos. Los servicios de apoyo con medicamentos se pueden proporcionar en una clínica o en el consultorio de un proveedor, en casa de usted o en otro entorno comunitario, por teléfono o por telesalud (lo cual incluye interacciones tanto en vídeo como únicamente en audio).

Gestión de casos específicos

- Este servicio ayuda con la obtención de servicios médicos, educativos, sociales, prevocacionales, vocacionales, de rehabilitación u otros servicios comunitarios cuando las

personas con una condición de salud mental tengan dificultades para obtener estos servicios por su cuenta. La gestión de casos específicos incluye, sin limitarse a ello, el desarrollo de planes; la comunicación, la coordinación y la remisión; la supervisión de la prestación de servicios para garantizar el acceso de la persona al servicio y al sistema de prestación del servicio, y la supervisión del progreso de la persona.

Servicios de intervención para Casos de Crisis

- Este servicio está disponible para atender una condición urgente que necesite atención inmediata. El objetivo de la intervención para casos de crisis es ayudar a las personas en la comunidad para que no terminen en el hospital. La intervención para casos de crisis puede durar hasta ocho horas y se puede proporcionar en

una clínica o en el consultorio de un proveedor, o en casa de usted o en otro entorno comunitario, por teléfono o por telesalud (lo cual incluye interacciones tanto en vídeo como únicamente en audio).

Servicios de estabilización para Casos de Crisis

- Este servicio está disponible para atender una condición urgente que necesita atención inmediata. La estabilización para casos de crisis dura menos de 24 horas y debe proporcionarse en un centro de atención médica habilitado abierto las 24 horas, en un programa ambulatorio basado en un hospital o en un centro de proveedores certificado para proporcionar servicios de estabilización para casos de crisis.

Servicios de tratamiento residencial para adultos

- Estos servicios proporcionan tratamiento de salud mental y desarrollo de habilidades para las personas que viven en centros habilitados que proporcionan servicios de tratamiento residencial para personas con una condición de salud mental. Estos servicios están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. Medi-Cal no cubre el costo de la estadía y la comida para estar en el centro que ofrece los servicios de tratamiento residencial para adultos.

Servicios de tratamiento residencial para casos de crisis

- Estos servicios proporcionan tratamiento de salud mental y desarrollo de habilidades para las personas que tienen una crisis mental o

emocional grave, pero que no necesitan atención en un hospital psiquiátrico. Los servicios están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, en centros habilitados. Medi-Cal no cubre el costo de la estadía y la comida para estar en el centro que ofrece los servicios de tratamiento residencial para casos de crisis.

Servicios intensivos de tratamiento de día

- Este es un programa estructurado de tratamiento de salud mental proporcionado a un grupo de personas que, de lo contrario, podría necesitar estar en el hospital u otro centro de atención las 24 horas. El programa dura al menos tres horas al día. El programa incluye actividades de desarrollo de habilidades y terapias, así como también psicoterapia.

Rehabilitación de día

- Este es un programa estructurado diseñado para ayudar a las personas con una condición de salud mental a aprender y desarrollar habilidades de afrontamiento y para la vida, y para manejar los síntomas de la condición de salud mental de manera más eficaz. El programa dura al menos tres horas al día. El programa incluye actividades de desarrollo de habilidades y terapias.

Servicios hospitalarios psiquiátricos

- Estos son servicios proporcionados en un hospital psiquiátrico habilitado, basados en la decisión de un profesional de salud mental con licencia, de que la persona requiere un tratamiento intensivo de salud mental las 24 horas.

Servicios de centros de salud psiquiátrica

- Estos servicios se proporcionan en un centro de salud mental habilitado que se especializa en el tratamiento de rehabilitación de 24 horas de condiciones de salud mental graves. Los centros de salud psiquiátrica deben tener un acuerdo con un hospital o una clínica cercanos para cubrir las necesidades de atención de salud física de las personas en el centro. Los centros de salud psiquiátrica solo pueden admitir y tratar a pacientes que no tengan enfermedades ni lesiones físicas que harían necesario tratamiento más allá de lo que normalmente se podría tratar de forma ambulatoria.

Servicios de apoyo de pares (varía dependiendo del condado)

- BHRS del condado de Kern proporciona servicios de apoyo entre pares. Proporcionar Servicios de Apoyo de Pares es opcional para los condados. El condado debe aclarar si el condado no cubre servicios de apoyo de pares para el Sistema de Servicios de Salud Mental Especializados.
- Los Servicios de Apoyo de Pares son servicios individuales y grupales culturalmente competentes que promueven la recuperación, la resiliencia, la participación, la socialización, la autosuficiencia, la autodefensa, el desarrollo de apoyos naturales, y la identificación de fortalezas mediante actividades estructuradas. Estos servicios se le pueden proporcionar a usted o a la(s) persona(s) de apoyo

significativa(s) designada(s), y se pueden recibir al mismo tiempo que usted recibe otros servicios de salud mental especializados. El Par Especialista es una persona que tiene experiencia vivida con condiciones de salud mental o consumo de sustancias y está en recuperación, que ha completado los requisitos de un programa de certificación del condado aprobado por el Estado, que está certificado por los condados, y que proporciona estos servicios bajo la dirección de un Profesional de Salud del Comportamiento que tiene licencia, dispensa, o está registrado con el Estado de California.

- Los Servicios de Apoyo de Pares incluyen entrenamiento individual y grupal, grupos educativos de desarrollo de habilidades, navegación de recursos, servicios de participación para animarlo a participar en tratamiento de salud del comportamiento, y

actividades terapéuticas, tales como promover la autodefensa.

Servicios móviles para casos de crisis (varía dependiendo del condado)

- Los servicios móviles para casos de crisis están disponibles si usted está experimentando una crisis de salud mental y/o por consumo de sustancias (“crisis de salud del comportamiento”). Los servicios móviles para casos de crisis son servicios proporcionados por profesionales de salud en la ubicación en la que usted experimenta una crisis, incluyendo en su hogar, su trabajo, la escuela o cualquier otra ubicación, excepto hospitales y otros entornos de instalaciones. Los servicios móviles para casos de crisis están disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana y 365 días al año.

- Los servicios móviles para casos de crisis incluyen respuesta rápida, evaluación individual y estabilización basada en la comunidad. Si usted necesita atención posterior, los proveedores móviles también facilitarán transiciones coordinadas o remisiones a otros servicios.
- Los servicios móviles de crisis están disponibles en el condado de Kern llamando al (661) 868-8200. Cuando llame al número móvil de respuesta a crisis, se le harán una serie de preguntas para determinar el nivel de respuesta necesario para satisfacer sus necesidades de tratamiento. Si se determina que es necesaria una respuesta, recibirá el nombre y la hora estimada de llegada de su respondedor móvil de crisis. Dependiendo de dónde se encuentre y de las circunstancias de su llamada, es posible que

estén involucrados los servicios policiales o médicos de emergencia. El respondedor de crisis móvil llevará a cabo una evaluación de crisis con usted y cualquier persona de apoyo que le gustaría involucrar. Se le vinculará opciones de tratamiento según sus necesidades y recibirá un plan de seguridad. También recibirá una llamada de seguimiento en una fecha posterior.

¿Hay servicios especiales disponibles para niños y/o adultos jóvenes menores de 21 años?

Los beneficiarios menores de 21 años son elegibles para recibir servicios adicionales de Medi-Cal a través de un beneficio llamado Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento.

Para ser elegible para servicios de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento, el beneficiario debe ser menor de 21 años y tener Medi-Cal de alcance completo. La Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento cubre servicios que son necesarios para corregir o mejorar cualquier condición de salud del comportamiento. Los servicios que sostienen, apoyan, mejoran o hacen que una condición de salud conductual sea más tolerable se considera que mejoran la condición de salud mental y, por lo tanto, son médicamente necesarios y están cubiertos como servicios de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento.

Si tiene preguntas acerca de los servicios de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento, por favor, llame al 1-(800) 991-5272 o

visite la página de Internet de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento del DHCS.

Los siguientes servicios también están disponibles en el plan de salud mental para niños, adolescentes y adultos jóvenes menores de 21 años: servicios terapéuticos conductuales, coordinación de cuidados intensivos, servicios intensivos basados en el hogar y servicios terapéuticos para cuidados de crianza.

Servicios terapéuticos conductuales

Los servicios terapéuticos conductuales son intervenciones intensivas, individualizadas y de corto plazo de tratamiento ambulatorio para beneficiarios de hasta 21 años de edad. Las personas que reciben estos servicios tienen trastornos emocionales graves, están

experimentando una transición estresante o una crisis de vida, y necesitan servicios adicionales de apoyo específicos a corto plazo.

Los servicios terapéuticos conductuales son un tipo de servicio de salud mental especializado disponible a través de cada plan de salud mental si usted tiene problemas emocionales graves. Para obtener servicios terapéuticos conductuales, debe recibir un servicio de salud mental, ser menor de 21 años y tener Medi-Cal de alcance completo.

- Si vive en su casa, un miembro del personal de servicios terapéuticos conductuales puede trabajar de manera personalizada con usted para reducir los problemas graves de conducta para tratar de evitar que usted necesite pasar a un nivel de atención más alto, como un hogar grupal para niños y jóvenes menores de 21 años con problemas emocionales muy graves.

- Si usted está viviendo en un hogar grupal para niños y jóvenes menores de 21 años con problemas emocionales muy graves, un miembro del personal de servicios terapéuticos conductuales puede trabajar con usted para que pueda pasar a un nivel de atención más bajo como un hogar de crianza o regresar a casa.

Los servicios terapéuticos conductuales lo ayudarán a usted y a su familia, cuidador o tutor a aprender nuevas formas de abordar comportamientos problemáticos y formas de aumentar los tipos de comportamiento que le permitirán tener éxito. Usted, el miembro del personal de los servicios terapéuticos conductuales y su familia, cuidador o tutor trabajarán juntos en equipo para abordar comportamientos problemáticos durante un período corto hasta que usted ya no necesite los servicios terapéuticos conductuales. Usted tendrá un plan de

servicios terapéuticos conductuales que dirá lo que usted, su familia, el cuidador o el tutor, y el miembro del personal de servicios terapéuticos conductuales harán durante los servicios terapéuticos conductuales y cuándo y dónde ocurrirán los servicios terapéuticos conductuales. El miembro del personal de los servicios terapéuticos conductuales puede trabajar con usted en la mayoría de los lugares donde es probable que usted necesite ayuda con su comportamiento problemático. Esto incluye su hogar, hogar de crianza, hogar grupal, escuela, programa de tratamiento de día, y otras áreas de la comunidad.

Coordinación de cuidados intensivos

La coordinación de cuidados intensivos es un servicio de gestión de casos específicos que facilita la evaluación de la planificación de la atención y la

coordinación de servicios para beneficiarios menores de 21 años que son elegibles para servicios de Medi-Cal de alcance completo y que son remitidos a este servicio basándose en necesidad médica.

Los servicios de coordinación de cuidados intensivos se proporcionan a través de los principios del Modelo de Práctica Básica Integrada, que incluye la creación del Equipo del Niño y la Familia para asegurar que se facilita una relación de colaboración entre el niño, su familia y los sistemas involucrados en la prestación de servicios a los niños.

El Equipo del Niño y la Familia incluye apoyos formales (como el coordinador de la atención, los proveedores y los administradores de caso de las agencias que sirven a los niños), apoyos naturales

(como miembros de la familia, vecinos, amigos y clérigos), y otras personas que trabajan juntas para desarrollar e implementar el plan del cliente y son responsables de apoyar a los niños y sus familias para que logren sus metas. La coordinación de cuidados intensivos también proporciona un Coordinador de Cuidados Intensivos que:

- Asegura que los servicios médicamente necesarios se puedan acceder, coordinar y brindar de una manera basada en las fortalezas, individualizada, dirigida por el cliente y cultural y lingüísticamente competente.
- Asegura que los servicios y apoyos sean guiados por las necesidades del niño.
- Facilita una relación de colaboración entre el niño, su familia y los sistemas involucrados en prestarles servicios.

- Apoya al padre/madre/cuidador a satisfacer las necesidades de su hijo.
- Ayuda a crear el Equipo del Niño y la Familia y proporciona apoyo continuo.
- Organiza y combina la atención entre proveedores y sistemas de servicio infantil para permitir que el niño sea servido en su comunidad.

Servicios intensivos basados en el hogar

Los servicios intensivos basados en el hogar son intervenciones individualizadas basadas en fortalezas, diseñadas para mejorar condiciones de salud mental que afectan al funcionamiento de un niño/joven y están dirigidas a ayudar al niño/joven a desarrollar las habilidades necesarias para el funcionamiento exitoso en el hogar y la comunidad y

mejorar la capacidad de la familia del niño/joven para ayudarlo a funcionar con éxito en el hogar y la comunidad.

Los servicios intensivos basados en el hogar se proporcionan de acuerdo con el Modelo de Práctica Básica Integrada por parte del Equipo del Niño y la Familia en coordinación con el plan de servicio general de la familia. Los servicios intensivos basados en el hogar se proporcionan a beneficiarios menores de 21 años que son elegibles para Medi-Cal de alcance completo y que son remitidos a estos servicios basándose en necesidad médica.

Cuidados de crianza terapéuticos

El modelo de servicio de cuidados de crianza terapéuticos permite la prestación de servicios de salud mental especializados a corto plazo,

intensivos, informados en el tratamiento del trauma e individualizados para niños hasta la edad de 21 años que tienen necesidades emocionales y conductuales complejas. En los cuidados de crianza terapéuticos, se coloca a los niños con padres de crianza terapéutica que reciben capacitación, supervisión y apoyo.

Servicios disponibles por teléfono o telesalud

No siempre es necesario el contacto en persona, cara a cara, entre usted y su proveedor para que usted pueda recibir servicios de salud mental. Dependiendo de sus servicios, es posible que pueda recibirlos por teléfono o telesalud. Su proveedor debe explicarle acerca del uso del teléfono o telesalud y asegurarse de que usted está de acuerdo antes de comenzar los servicios. Incluso si usted está de acuerdo en recibir sus servicios por teléfono o telesalud, usted puede escoger

posteriormente recibir sus servicios en persona o cara a cara. Hay algunos tipos de servicios de salud mental que no pueden prestarse únicamente por telesalud o por teléfono, porque es necesario que usted esté en un lugar determinado para el servicio, como los servicios de tratamiento residencial o los servicios hospitalarios.

DECISIONES ADVERSAS SOBRE BENEFICIOS POR PARTE DE SU PLAN DE SALUD MENTAL

¿Qué derechos tengo si el plan de salud mental deniega los servicios que deseo o que creo que necesito?

Si su plan de salud mental, o un proveedor en nombre del plan de salud mental, deniega, limita, reduce, retrasa o termina los servicios que usted desea o cree que debe recibir, usted tiene derecho a un Aviso por escrito (llamado un “Aviso de Decisión Adversa sobre Beneficios”) por parte del plan de salud mental. También tiene derecho a mostrar su desacuerdo con la decisión solicitando una apelación. Las secciones a continuación contienen información sobre su derecho a recibir un Aviso y qué hacer si no está de acuerdo con la decisión de su plan de salud mental.

¿Qué es una Decisión Adversa sobre Beneficios?

Una Decisión Adversa sobre Beneficios se define como cualquiera de las siguientes acciones tomadas por un plan de salud mental:

1. La denegación o autorización limitada de un servicio solicitado, incluidas las decisiones basadas en el tipo o nivel de servicio, la necesidad médica, la idoneidad, el entorno o la eficacia de un beneficio cubierto;
2. La reducción, suspensión o terminación de un servicio autorizado previamente;
3. La denegación, total o parcial, del pago de un servicio;
4. El no prestar los servicios en el plazo debido;
5. La falta de acción dentro de los plazos requeridos para la resolución estándar de reclamos y apelaciones (si usted presenta un

reclamo ante el plan de salud mental y el plan de salud mental no le responde con una decisión por escrito sobre su reclamo dentro de los 90 días. Si presenta una apelación ante el plan de salud mental y el plan de salud mental no le responde con una decisión por escrito sobre su apelación dentro de los 30 días, o si presentó una apelación acelerada, y no recibió una respuesta dentro de las 72 horas); o

6. La denegación de la solicitud de un beneficiario para disputar la responsabilidad financiera.

¿Qué es un Aviso de Decisión Adversa sobre Beneficios?

Un Aviso de Decisión Adversa sobre Beneficios es una carta por escrito que le enviará su plan de salud mental si toma la decisión de denegar, limitar, reducir, retrasar o terminar los servicios

que usted y su proveedor creen que debe recibir. Esto incluye una denegación de pago por un servicio, una denegación basada en la afirmación de que los servicios no están cubiertos, una denegación basada en que los servicios no son médicamente necesarios, una denegación debido a que el servicio se brinda por el sistema de prestación incorrecto, o una denegación de una solicitud para disputar la responsabilidad financiera. El Aviso de Decisión Adversa sobre Beneficios también se usa para informarle si su reclamo, apelación o apelación acelerada no se resolvió a tiempo, o si no recibió servicios dentro de los plazos estándares del plan de salud mental para proporcionar servicios.

Plazos para el Aviso

El plan de salud mental debe enviar por correo el aviso al beneficiario por lo menos 10 días antes de

la fecha de la acción para la terminación, suspensión o reducción de un servicio de salud mental especializado autorizado previamente. El plan de salud mental también debe enviar por correo la notificación al beneficiario dentro de los dos días hábiles tras la decisión de denegación de pago o decisiones que resulten en denegación, retraso o modificación de la totalidad o parte de los servicios de salud mental especializados solicitados.

¿Recibiré siempre un Aviso de Decisión Adversa sobre Beneficios cuando no reciba los servicios que deseo?

Si, usted debe recibir un Aviso de Decisión Adversa sobre Beneficios. Sin embargo, si usted no recibe un aviso, puede presentar una apelación ante el plan de salud mental del condado o, si ha completado el proceso de

apelación, puede pedir una Audiencia Imparcial Estatal. Cuando se comunique con su condado, indique que ha experimentado una decisión adversa sobre beneficios pero no ha recibido un aviso. En este manual se incluye información sobre cómo presentar una apelación o solicitar una Audiencia Imparcial Estatal; también debería haber disponible información en la consulta de su proveedor.

¿Qué me dirá el Aviso de Decisión Adversa sobre Beneficios?

El Aviso de Decisión Adversa sobre Beneficios le dirá:

- Qué ha hecho su plan de salud mental que le afecta a usted y a su capacidad para recibir servicios

- La fecha en que la decisión entrará en vigor y el motivo de la decisión
- Las reglas estatales o federales en las que se basó la decisión
- Sus derechos a presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión del plan de salud mental
- Cómo recibir copias de los documentos, registros y demás información relacionados con la decisión del plan de salud mental
- Cómo presentar una apelación ante el plan de salud mental
- Cómo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal si no está satisfecho con la decisión del plan de salud mental sobre su apelación
- Cómo solicitar una apelación acelerada o una Audiencia Imparcial Estatal 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
- Su derecho a continuar recibiendo servicios mientras espera una decisión respecto a la apelación o la Audiencia Imparcial Estatal, cómo solicitar la continuación de estos servicios y si los costos de estos servicios serán cubiertos por Medi-Cal
- Cuándo tiene que presentar su solicitud de Apelación o Audiencia Imparcial Estatal si desea que continúen los servicios

¿Qué debo hacer cuando reciba un Aviso de Decisión Adversa sobre Beneficios?

Cuando reciba un Aviso de Decisión Adversa sobre Beneficios, debe leer cuidadosamente toda la información en el aviso. Si no entiende el aviso, su plan de salud mental puede ayudarlo. También puede pedirle a otra persona que lo ayude.

Usted puede solicitar que continúe el servicio que se ha interrumpido cuando usted presente una apelación o solicite una Audiencia Imparcial Estatal. Usted debe solicitar que continúen los servicios no más tarde de 10 días calendario después de la fecha del matasellos del Aviso de Decisión Adversa sobre Beneficios o de la que se le entregó personalmente a usted, o antes de la fecha de entrada en vigor del cambio.

EL PROCESO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS: PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO O APELACIÓN

¿Qué pasa si no recibo los servicios que deseo de mi plan de salud mental?

Su plan de salud mental debe tener un proceso para que usted resuelva un reclamo o un problema sobre cualquier tema relacionado con los servicios de salud mental especializados que desea o está recibiendo. Esto se denomina proceso de resolución de problemas y podría incluir:

1. **El Proceso de Reclamo**: una expresión de insatisfacción sobre cualquier cosa relacionada con sus servicios especializados de salud mental o el plan de salud mental.
2. **El Proceso de Apelación**: la revisión de una decisión (por ejemplo, denegación, terminación

o reducción de servicios) que se tomó sobre sus servicios de salud mental especializados por parte del plan de salud mental o su proveedor.

3. **El Proceso de Audiencia Imparcial Estatal**: el proceso para solicitar una audiencia administrativa ante un juez de derecho administrativo estatal si el plan de salud mental deniega su apelación.

Presentar un reclamo o una apelación o solicitar una audiencia imparcial estatal no contará en contra de usted y no afectará a los servicios que está recibiendo. Presentar un reclamo o una apelación ayuda a obtener los servicios que usted necesita y a resolver cualquier problema que tenga con sus servicios de salud mental especializados. Los reclamos y las apelaciones también ayudan al plan de salud mental, dándole la información que puede usar para mejorar los servicios. Cuando se

complete su reclamo o apelación, su plan de salud mental le notificará el resultado final a usted y a otras personas involucradas, como los proveedores. Cuando se decida su Audiencia Imparcial Estatal, la Oficina de Audiencias Estatales Imparciales les notificará el resultado final a usted y a otras personas involucradas. Puede obtener más información sobre cada proceso de resolución de problemas a continuación.

¿Puedo obtener ayuda para presentar una apelación, un reclamo o solicitar una audiencia imparcial estatal?

Su plan de salud mental lo ayudará a explicarle estos procesos y debe ayudarlo a presentar un reclamo, una apelación o a solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. El plan de salud mental también

puede ayudarlo a decidir si usted califica para lo que se llama un proceso “de apelación acelerada”, lo cual significa que se revisará más rápidamente porque están en riesgo su salud, su salud mental y/o su estabilidad. Usted también puede autorizar a otra persona a actuar en su nombre, incluido su defensor o proveedor especializado en salud mental.

Si desea obtener ayuda, llame al 1-(800) 991-5272. Su plan de salud mental debe proporcionarle ayuda razonable para completar formularios y otros procedimientos relacionados con un reclamo o una apelación. Esto incluye, aunque sin limitarse a ello, proporcionar servicios de intérprete y números gratuitos para usuarios con TTY/TDD y capacidad de servicios de intérprete.

¿Puede ayudarme el Estado con mis problemas/preguntas?

Puede comunicarse con el Departamento de Servicios de Salud, Oficina del Ombudsman, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. (excepto festivos), por teléfono llamando al **888-452-8609** o por correo electrónico en MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov. **Por favor, recuerde:** Los mensajes por correo electrónico no se consideran confidenciales. No debe incluir información personal en un mensaje por correo electrónico.

También puede obtener ayuda legal gratuita en su oficina local de ayuda legal u otros grupos. Además, puede comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) para preguntar acerca de sus derechos a una audiencia,

contactando a la Unidad de Consultas y Respuesta al Público por teléfono llamando al **800-952-5253** (para TTY, llame al **800-952-8349**).

EL PROCESO DE RECLAMO

¿Qué es un reclamo?

Un reclamo es una expresión de insatisfacción con cualquier cosa relacionada con sus servicios de salud mental especializados que no es uno de los problemas cubiertos por los procesos de apelación y de Audiencia Imparcial Estatal.

¿Qué es el proceso de reclamo?

El proceso de reclamo:

- Consistirá en procedimientos sencillos y fáciles de entender que le permitan presentar su reclamo oralmente o por escrito.
- No se tendrá en cuenta en contra de usted ni de su proveedor en modo alguno.

- Le permitirá autorizar a otra persona para que actúe en nombre de usted, incluyendo un proveedor o un defensor. Si usted autoriza a otra persona para que actúe en su nombre, puede que el plan de salud mental le pida que firme un formulario en el que autoriza al plan de salud mental a revelar información a esa persona.
- Garantizará que las personas que tomen las decisiones estén cualificadas para hacerlo y no hayan participado en ningún nivel anterior de revisión o toma de decisiones.
- Identificará los papeles y las responsabilidades de usted, de su plan de salud mental y de su proveedor.
- Proporcionará la resolución del reclamo en los plazos establecidos.

¿Cuándo puedo presentar un reclamo?

Puede presentar un reclamo en cualquier momento ante el plan de salud mental si no está satisfecho con los servicios de salud mental especializados o si tiene otra preocupación con respecto del plan de salud mental.

¿Cómo puedo presentar un reclamo?

Puede llamar a su plan de salud mental Kern BHRS Derechos del Paciente y Defensa de la familia al 1(844) 360-8250 para obtener ayuda con un reclamo. Los reclamos se pueden presentar oralmente o por escrito. No es necesario hacer seguimiento por escrito de los reclamos orales. Si desea presentar su reclamo por escrito, el plan de salud mental le proporcionará sobres con la dirección incluida en todos los centros de

proveedores para que usted envíe su reclamo por correo. Si usted no tiene un sobre con la dirección incluida, puede enviar su reclamo directamente a la dirección que se proporciona en la portada de este manual.

¿Cómo sé si el plan de salud mental recibió mi reclamo?

Su plan de salud mental debe informarle de que ha recibido su reclamo enviándole una confirmación por escrito en el plazo de 5 días calendario tras la recepción. Están exentos los reclamos recibidos por teléfono o en persona, que usted está de acuerdo en que se han resuelto para el final del siguiente día hábil, y puede que usted no reciba una carta.

¿Cuándo se tomará una decisión sobre mi reclamo?

El plan de salud mental debe tomar una decisión sobre su reclamo dentro de los 90 días calendario a partir de la fecha en que usted presentó su reclamo. Los plazos para tomar una decisión pueden extenderse hasta 14 días calendario si usted solicita una extensión, o si el plan de salud mental cree que se necesita información adicional y que el retraso es en beneficio de usted. Un ejemplo de cuándo un retraso podría ser en beneficio de usted es cuando el plan de salud mental cree que podría ser capaz de resolver su reclamo si tuviera un poco más de tiempo para obtener información de usted o de otras personas involucradas.

¿Cómo sé si el plan de salud mental ha tomado una decisión sobre mi reclamo?

Cuando se haya tomado una decisión acerca de su reclamo, el plan de salud mental le informará sobre la decisión por escrito a usted o a su representante. Si su plan de salud mental no le notifica a usted o a cualquier parte afectada la decisión sobre el reclamo a tiempo, entonces el plan de salud mental le debe proporcionar un Aviso de Decisión Adversa sobre Beneficios que le informará sobre su derecho a solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. Su plan de salud mental debe proporcionarle un Aviso de Decisión Adversa sobre Beneficios en la fecha en que vence el plazo. Si no recibe un Aviso de Decisión Adversa sobre Beneficios, puede llamar al plan de salud mental para obtener más información.

¿Hay una fecha límite para presentar un reclamo?

No, puede presentar un reclamo en cualquier momento.

EL PROCESO DE APELACIÓN (ESTÁNDAR Y ACELERADO)

Su plan de salud mental debe permitirle impugnar una decisión de su plan de salud mental con la que usted no esté de acuerdo y solicitar una revisión de ciertas decisiones tomadas por el plan de salud mental o sus proveedores sobre sus servicios de salud mental especializados. Hay dos maneras de solicitar una revisión. Una manera es utilizar el proceso de apelaciones estándar. La otra manera es mediante el uso del proceso de apelaciones aceleradas. Estos dos tipos de apelaciones son similares; sin embargo, hay requisitos específicos para calificar para una apelación acelerada, que se explican a continuación.

¿Qué es una apelación estándar?

Una apelación estándar es una solicitud de revisión de una decisión tomada por el plan de salud mental o su proveedor que implica una denegación o cambios en los servicios que usted cree que necesita. Si usted solicita una apelación estándar, el plan de salud mental puede tomar hasta 30 días para revisarla. Si cree que esperar 30 días pondrá en riesgo su salud, debe solicitar una “apelación acelerada”.

El proceso de apelación estándar:

- Le permitirá presentar una apelación oralmente o por escrito.
- Asegurará que presentar una apelación no contará en contra de usted o su proveedor de ninguna manera.
- Le permitirá autorizar a otra persona para que

actúe en nombre de usted, lo cual incluye a un proveedor. Si autoriza a otra persona para que actúe en su nombre, el plan de salud mental podría pedirle que firme un formulario en el que autorice al plan de salud mental a revelar información a esa persona.

- Hará que sus beneficios continúen, si usted solicita una apelación dentro del plazo requerido, que es de 10 días desde la fecha en que se le envió o se le entregó personalmente su Aviso de Decisión Adversa sobre Beneficios. Usted no tiene que pagar para continuar recibiendo los servicios mientras la apelación está pendiente. Sin embargo, 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 usted deba pagar el costo de los servicios prestados mientras estaba pendiente

la apelación.

- Asegurará que las personas que toman la decisión sobre su apelación estén cualificadas para hacerlo y no participen en ningún nivel previo de revisión o toma de decisiones.
- Permitirá que usted o su representante examinen el expediente de su caso, incluido su expediente médico, y cualquier otro documento o expediente considerado durante el proceso de apelación.
- Le permitirá tener una oportunidad razonable de presentar pruebas y testimonios y presentar argumentos de hecho o derecho, en persona o por escrito.
- Permitirá que usted, su representante o el representante legal del patrimonio de un beneficiario fallecido sean incluidos como partes en la apelación.

- Le informará que su apelación está siendo revisada enviándole una confirmación por escrito.
- Le informará acerca de su derecho a solicitar una Audiencia Imparcial Estatal, después de completar el proceso de apelación ante el plan de salud mental.

¿Cuándo puedo presentar una apelación?

Puede presentar una apelación ante su plan de salud mental en cualquiera de las siguientes situaciones:

- El plan de salud mental o uno de los proveedores contratados decide que usted no reúne los requisitos para recibir cualquier servicio de salud mental especializado de Medi-Cal porque no cumple con los criterios de

acceso.

- Su proveedor cree que usted necesita un servicio de salud mental especializado y le pide al plan de salud mental la aprobación, pero el plan de salud mental no está de acuerdo y deniega la solicitud de su proveedor, o cambia el tipo o la frecuencia del servicio.
- Su proveedor le ha pedido al plan de salud mental la aprobación, pero el plan de salud mental necesita más información para tomar una decisión y no completa el proceso de aprobación a tiempo.
- Su plan de salud mental no le proporciona servicios basados en los plazos que ha establecido el plan de salud mental.
- Usted no cree que el plan de salud mental esté proporcionando servicios lo suficientemente pronto para satisfacer sus necesidades.

- Su reclamo, apelación o apelación acelerada no se resolvió a tiempo.
- Usted y su proveedor no están de acuerdo con los servicios de salud mental especializados que usted necesita.

¿Cómo puedo presentar una apelación?

Puede llamar a su plan de salud mental Kern BHRS Derechos del Paciente y Defensa de la Familia al 1 (844) 360-8250 para obtener ayuda para presentar una apelación. El plan de salud mental proporcionará sobres con la dirección incluida en todos los centros de los proveedores para que usted envíe su apelación por correo. Si usted no tiene un sobre con la dirección incluida, puede enviar su apelación por correo directamente a la dirección que aparece en la portada de este manual o puede

enviar su apelación por correo electrónico o fax a bhrspatientsrights@kernbhrs.org or (661) 836-8143

¿Cómo sé si se ha tomado una decisión sobre mi apelación?

Su plan de salud mental le notificará a usted o a su representante por escrito la decisión sobre 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 sobre la apelación
- Si la apelación no se resuelve completamente a favor de usted, la notificación también contendrá información sobre su derecho a una Audiencia Imparcial Estatal y el procedimiento

para solicitar una Audiencia Imparcial Estatal

¿Hay una fecha límite para presentar una apelación?

Usted debe presentar una apelación dentro de los 60 días de la fecha que aparece en su Aviso de Decisión Adversa sobre Beneficios. No hay plazos para presentar una apelación cuando usted no recibe un Aviso de Decisión Adversa sobre Beneficios; por lo tanto, puede presentar este tipo de apelación en cualquier momento.

¿Cuándo se tomará una decisión sobre mi apelación?

El plan de salud mental debe decidir sobre su apelación dentro de los 30 días calendario desde el momento en que el plan de salud mental recibe su

solicitud de apelación. Los plazos para tomar una decisión pueden extenderse hasta 14 días calendario si usted solicita una extensión, o si el plan de salud mental cree que se necesita información adicional y que el retraso es en beneficio de usted. Un ejemplo de cuándo un retraso es en beneficio de usted es cuando el plan de salud mental cree que podría ser capaz de aprobar su apelación si tuviera más tiempo para obtener información de usted o de su proveedor.

¿Qué pasa si no puedo esperar 30 días para recibir la decisión sobre mi apelación?

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

¿Qué es una apelación acelerada?

Una apelación acelerada es una forma más rápida de tomar una decisión sobre una apelación. El proceso de apelaciones acelerado sigue un proceso similar al proceso de apelaciones estándar. Sin embargo, usted debe mostrar que esperar una apelación estándar podría empeorar su condición de salud mental. El proceso de apelaciones aceleradas también sigue plazos diferentes a los de la apelación estándar. El plan de salud mental tiene 72 horas para revisar las apelaciones aceleradas. Usted puede hacer una solicitud verbal para una apelación acelerada. No es necesario que presente una solicitud de apelación acelerada por escrito.

¿Cuándo puedo solicitar una apelación acelerada?

Si cree que esperar hasta 30 días para obtener una decisión sobre su apelación estándar pondrá en peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la máxima funcionalidad, puede solicitar una resolución acelerada de una apelación. Si el plan de salud mental está de acuerdo en que su apelación cumple con los requisitos para una apelación acelerada, su plan de salud mental resolverá su apelación acelerada dentro de las 72 horas después de que el plan de salud mental reciba la apelación. Los plazos para tomar una decisión pueden extenderse hasta 14 días calendario si usted solicita una extensión o si el plan de salud mental muestra que se necesita información adicional y que el retraso es en interés de usted.

Si su plan de salud mental extiende el plazo, el plan de salud mental le dará una explicación por escrito de por qué se extendió el plazo. Si el plan de salud mental decide que su apelación no califica para una apelación acelerada, el plan de salud mental debe hacer esfuerzos razonables para notificárselo oralmente de inmediato y se lo notificará por escrito dentro de los dos días calendario, explicándole el motivo de la decisión. En ese caso, su apelación seguirá los plazos de apelación estándar descritos anteriormente en esta sección. Si no está de acuerdo con la decisión del plan de salud mental de que su apelación no cumple con los criterios de apelación acelerada, puede presentar un reclamo.

Una vez que su plan de salud mental resuelva su solicitud de apelación acelerada, el plan de salud mental 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, llevada a cabo por un juez de derecho administrativo que trabaja para el Departamento de Servicios Sociales de California, para asegurar que usted reciba los servicios de salud mental especializados a los que tiene derecho de acuerdo con el programa de Medi-Cal. También puede visitar el Departamento de Servicios Sociales de California en la página https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests para obtener recursos adicionales.

¿Cuáles son mis derechos de Audiencia Imparcial Estatal?

Usted tiene derecho a:

- Tener una audiencia ante el juez de derecho administrativo (también llamada Audiencia Estatal)
- Ser informado sobre cómo pedir una Audiencia Imparcial Estatal
- Ser informado acerca de las reglas que rigen la representación en la Audiencia Estatal
- Que sus beneficios continúen, si usted lo solicita, durante el proceso de Audiencia Imparcial Estatal si usted solicita una Audiencia Imparcial Estatal dentro de los plazos requeridos

¿Cuándo puedo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal?

Puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Usted presentó una apelación y recibió una carta de resolución de apelación que le decía que su plan de salud mental deniega su solicitud de apelación.
- Su reclamo, apelación o apelación acelerada no se resolvió a tiempo.

¿Cómo puedo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal?

Puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal:

- En línea en la página: https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do

- Por escrito: Envíe su solicitud al departamento de bienestar del condado a la dirección que aparece en el Aviso de Decisión Adversa sobre Beneficios, o por correo a:

  California Department of Social Services
  State Hearings Division
  P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
  Sacramento, CA 94244-2430

  O por fax al: **916-651-5210** o **916-651-2789**.

También puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal o una Audiencia Imparcial Estatal acelerada:

- Por teléfono: Llame a la División de Audiencias Estatales, sin cargo, al **800-743-8525** o al **855-795-0634**, o llame a la línea de Respuesta y

Consultas del Público, sin cargo, al **800-952-5253** o, para usuarios TDD, al **800-952-8349**.

¿Hay una fecha límite para solicitar una Audiencia Imparcial Estatal?

Sí, usted solamente tiene 120 días para solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. Los 120 días comienzan en la fecha de la notificación por escrito de la decisión del plan de salud mental sobre la apelación.

Si no recibió un Aviso de Decisión Adversa sobre Beneficios, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal en cualquier momento.

¿Puedo continuar con los servicios mientras estoy esperando una decisión sobre la Audiencia Imparcial Estatal?

Si actualmente está recibiendo servicios autorizados y desea continuar recibiéndolos mientras espera la decisión de la Audiencia Imparcial Estatal, debe solicitar una Audiencia Imparcial Estatal dentro de los 10 días a partir de la fecha en que recibe el Aviso de Decisión Adversa sobre Beneficios, o antes de la fecha en que su plan de salud mental dice que los servicios se interrumpirán o reducirán. Cuando solicite una Audiencia Imparcial Estatal, debe decir que desea seguir recibiendo servicios durante el proceso de Audiencia Imparcial Estatal.

Sin embargo, si solicita la continuación de los servicios y la decisión final de la Audiencia Imparcial Estatal confirma la decisión de reducir o interrumpir el servicio que está recibiendo, es posible que usted deba pagar el costo de los servicios prestados mientras estaba pendiente la Audiencia Imparcial Estatal.

¿Cuándo se tomará una decisión sobre mi Audiencia Imparcial Estatal?

Una vez usted haya solicitado una Audiencia Imparcial Estatal, podría tomar hasta 90 días tomar una decisión sobre su caso y enviarle una respuesta.

¿Puedo obtener una Audiencia Imparcial Estatal más rápidamente?

Si cree que esperar tanto tiempo dañará su salud, es posible que reciba una respuesta en el plazo de tres días hábiles. Pídale a su médico general o profesional de salud mental que le escriba una carta. También puede escribir una carta usted mismo. La carta debe explicar con detalle cómo esperar hasta 90 días para que se tome una decisión sobre su caso dañará gravemente su vida,

su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar la funcionalidad máxima. Después, asegúrese de solicitar una “audiencia acelerada” y entregue la carta junto a su solicitud de audiencia.

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 sobre la audiencia dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha en que la División de Audiencias Estatales reciba su solicitud.

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

¿Qué son las Directivas Anticipadas?

Usted tiene derecho a tener unas directivas anticipadas. Unas directivas anticipadas son una instrucción escrita sobre su atención médica que está reconocida conforme a la ley de California. Incluye información que indica cómo le gustaría que se le proporcionara atención médica o que dice qué decisiones le gustaría que se tomaran, si no puede hablar por sí mismo, o cuando no pueda hacerlo. A veces, puede oír que se describen las directivas anticipadas como un testamento vital o un poder notarial duradero.

La ley de California define las directivas anticipadas como una instrucción oral o escrita sobre atención médica individual o un poder notarial (un documento

escrito que da permiso a alguien para tomar decisiones por usted). Todos los planes de salud mental están obligados a tener políticas sobre directivas anticipadas. Su plan de salud mental está obligado a proporcionar información por escrito sobre las políticas de directivas anticipadas del plan de salud mental y una explicación de la ley estatal, si se le solicita la información. Si desea solicitar la información, debe llamar a su plan de salud mental para obtener más información.

Las directivas anticipadas están diseñadas para permitir que las personas tengan control sobre su propio tratamiento, especialmente cuando no pueden proporcionar instrucciones sobre su propio cuidado. Es un documento legal que permite a las personas decir, con anticipación, cuáles serían sus deseos si llegan a ser incapaces de tomar decisiones de atención médica. Esto puede incluir

cosas tales como el derecho a aceptar o rechazar tratamiento médico, cirugía, o tomar otras decisiones de atención médica. En California, las directivas anticipadas constan de dos partes:

- Su nombramiento de un agente (una persona) que tome decisiones sobre su atención médica; y
- Sus instrucciones individuales de atención médica

Puede obtener un formulario para directivas anticipadas de su plan de salud mental o en línea. En California, usted tiene derecho a proporcionar instrucciones relacionadas con directivas anticipadas a todos sus proveedores de atención médica. También tiene derecho a cambiar o cancelar sus directivas anticipadas en cualquier momento.

Si tiene alguna pregunta sobre la ley de California con respecto a los requisitos de las directivas anticipadas, puede enviar una carta a:

California Department of Justice
Attn: Public Inquiry Unit,
P. O. Box 944255
Sacramento, CA 94244-2550

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS BENEFICIARIOS

¿Cuáles son mis derechos como receptor de servicios de salud mental especializados?

Como persona elegible para Medi-Cal, usted tiene derecho a recibir del plan de salud mental servicios de salud mental especializados médicamente necesarios. Al acceder a estos servicios, usted tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto personal y respeto por su dignidad y privacidad.
- Recibir información sobre las opciones de tratamiento disponibles y que se le expliquen de una manera que pueda entender.
- Tomar parte en las decisiones relacionadas con su atención de salud mental, incluido el derecho

a rechazar tratamiento.

- Ser libre de cualquier forma de restricción o aislamiento utilizado como medio de coacción, disciplina, conveniencia, castigo o represalia sobre el uso de restricciones y aislamiento.
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos, y solicitar que sean modificados o corregidos, si es necesario.
- Recibir la información en este manual sobre los servicios cubiertos por el plan de salud mental, otras obligaciones del plan de salud mental y sus derechos como se describen aquí.
- Recibir servicios de salud mental especializados de un plan de salud mental que cumpla con su contrato con el estado en cuanto a disponibilidad de servicios, garantías de capacidad y servicios adecuados, coordinación y continuidad de la atención, y cobertura y

autorización de servicios. El plan de salud mental tiene las siguientes obligaciones:

- Emplear o tener contratos escritos con suficientes proveedores para asegurarse de que todos los beneficiarios elegibles de Medi-Cal que califiquen para servicios de salud mental especializados puedan recibirlos de manera oportuna.
- Cubrirle servicios médicamente necesarios fuera de la red de manera oportuna si el plan de salud mental no tiene un empleado o proveedor contratado que pueda prestar los servicios. “Proveedor fuera de la red” se refiere a un proveedor que no está en la lista de proveedores del plan de salud mental. El plan de salud mental debe asegurarse de que usted no paga nada adicional por ver a un proveedor fuera de la red.

- Asegurarse de que los proveedores estén capacitados para prestar los servicios de salud mental especializados que los proveedores acuerden cubrir.
- Asegurarse de que los servicios de salud mental especializados que cubre el plan de salud mental sean suficientes en cantidad, tiempo y alcance para satisfacer las necesidades de los beneficiarios elegibles de Medi-Cal. Esto incluye asegurarse de que el sistema del plan de salud mental para aprobar el pago de los servicios se base en la necesidad médica y asegurarse de que los criterios de acceso se utilicen de manera justa.
- Asegurarse de que sus proveedores hagan evaluaciones adecuadas de las personas que pueden recibir servicios y que trabajen con las personas que recibirán servicios

para desarrollar metas para el tratamiento y los servicios que se prestarán.

- Proporcionar una segunda opinión de un profesional de la salud calificado dentro de la red del plan de salud mental, o uno de fuera de la red, sin costo adicional para usted, si usted lo solicita.
- Coordinar los servicios que brinda con los servicios que se le brindan a usted a través de un plan de atención administrada de Medi-Cal o con su proveedor de atención primaria, si es necesario, y asegurarse de que su privacidad esté protegida como se especifica en las reglas federales sobre la privacidad de la información de salud.
- Proporcionar acceso oportuno a la atención médica, incluido tener servicios disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, cuando sea médicamente

necesario para tratar una condición psiquiátrica de emergencia o una condición urgente o de crisis.

- Participar en los esfuerzos del estado para fomentar la prestación de servicios de una manera culturalmente competente a todas las personas, incluidas aquellas con dominio limitado del inglés y diversos orígenes culturales y étnicos.

- Su plan de salud mental debe asegurarse de que su tratamiento no se ve modificado de forma negativa por el hecho de que usted exprese sus derechos. Su plan de salud mental está obligado a cumplir las leyes federales y estatales aplicables (tales como: El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 según implementan las regulaciones de la parte 80 del título 45 del Código de Leyes Federales (CFR), la Ley de Discriminación por Edad de 1975

según implementan las regulaciones de la parte 91 del título 45 del CFR, la Ley de Rehabilitación de 1973, el título IX de las Enmiendas de Educación de 1972 (con respecto a programas y actividades de educación), los títulos II y III de la Ley de Discapacidades de los Estados Unidos), la sección 1557 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible; así como los derechos descritos aquí.

- Es posible que tenga derechos adicionales de acuerdo con las leyes estatales sobre el tratamiento de la salud mental. Si desea comunicarse con el defensor de los derechos de los pacientes de su condado, puede hacerlo comunicándose con el Defensor de los Derechos del Paciente llamando al número de teléfono del Derecho del Paciente al 1(844) 360-8250.

¿Cuáles son mis responsabilidades como receptor de servicios de salud mental especializados?

Como receptor de servicios especializados de salud mental, es responsabilidad de usted:

- Leer cuidadosamente este manual del beneficiario y otros materiales informativos importantes del plan de salud mental. Estos materiales lo ayudarán a entender qué servicios están disponibles y cómo obtener tratamiento si lo necesita.
- Asistir a su tratamiento según lo programado. Usted tendrá el mejor resultado si trabaja con su proveedor para desarrollar metas para su tratamiento y sigue esas metas. Si necesita faltar a una cita, llame a su proveedor al menos 24 horas antes y reprograme para otro día y

hora.

- Llevar siempre consigo su Tarjeta de Identificación de Beneficios de Medi-Cal (BIC) y una identificación con foto cuando asista a tratamiento.
- Informar a su proveedor antes de su cita si necesita un intérprete.
- Hablar con su proveedor sobre todas sus preocupaciones médicas. Cuanto más completa sea la información que usted comparta sobre sus necesidades, más exitoso será su tratamiento.
- Asegurarse de hacerle a su proveedor cualquier pregunta que tenga. Es muy importante que usted comprenda completamente la información que recibe durante el tratamiento.
- Seguir los pasos de acción planificados que hayan acordado usted y su proveedor.

- Comunicarse con el plan de salud mental si tiene alguna pregunta sobre sus servicios o si tiene algún problema con su proveedor que usted no puede resolver.
- Informar a su proveedor y al plan de salud mental si tiene algún cambio en su información personal. Esto incluye su dirección, número de teléfono y cualquier otra información médica que pueda afectar a su capacidad para participar en el tratamiento.
- Tratar con respeto y cortesía al personal que le brinda su tratamiento.
- Si sospecha que hay fraude o una conducta ilícita, denúncielo:
    - El Departamento de Servicios de Salud pide que cualquier persona que sospeche de fraude, desperdicio o abuso de Medi-Cal llame a la Línea Directa de Fraude de Medi-

Cal de DHCS al **1-800-822-6222**. Si considera que se trata de una emergencia, por favor, llame al **911** para obtener ayuda inmediata. La llamada es gratuita y la identidad de la persona que llama puede quedar anónima.

- También puede denunciar sospechas de fraude o abuso por correo electrónico a fraud@dhcs.ca.gov o usar el formulario en línea de la página http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.