



Resumen del Manual del Miembro y Formulario de Reconocimiento del Plan del Sistema Organizada de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal

A STATE CERTIFIED AND COUNTY CONTRACTED AGENCY

QUE ES UN MANUAL DE BENEFICIOS?

El Manual del Miembro (también llamado [Manual del Beneficiario](#)) del Plan del Sistema Organizada de Entrega de Medicamentos de Medi-cal (DMC-ODS por sus siglas en inglés) describe como acceder a la atención medica bajo el DMC-ODS del Condado de San Bernardino Servicios de Trastornos y Recuperación de Uso de Sustancias (SUD por sus siglas en inglés), que incluye: *quien* es elegible; *que* servicios están disponibles sin costo; *como* obtener ayuda para acceder a los servicios; y *como resolver un problema* o presentar una apelación.

Puede pedirle a su proveedor de tratamiento una copia gratuita del Manual del Beneficiario completo en cualquier momento, o puede descargar una copia electrónica en el sitio web del Departamento de Salud Mental (DBH) en: <http://wp.sbcounty.gov/dbh/ads/>. Consulte los frases de idiomas [las dos últimas (2) páginas de este documento] para solicitar el Manual del Beneficiario en su idioma preferido.

Servicios de Tratamiento SUD DMC-ODS Disponibles

Los servicios de tratamiento SUD DMC-ODS son SIN COSTO para los residentes del Condado de San Bernardino que son elegibles o están inscritos en Medi-Cal. Para revisar una lista completa de los servicios disponibles, consulte el Manual del Beneficiario.

- | | |
|---|--|
| ✓ Tratamiento ambulatorio | ✓ Programas de tratamiento de opioides |
| ✓ Tratamiento ambulatorio intensivo | ✓ Manejo de casos y Coordinación de Cuidados |
| ✓ Tratamiento residencial | ✓ Servicios de Apoyo a la Recuperación Después del dar de alta |
| ✓ Síndrome de abstinencia (Desintoxicación) | ✓ Puente de Recuperación de Vivienda (por tiempo limitado) |
| ✓ Tratamiento de adolescentes | |
| ✓ Tratamiento asistido por medicación | |

Declaración de No Discriminación

El programa de Servicios de Recuperación y Trastorno por el uso de Sustancias (SUDRS, por sus siglas en inglés) de DBH del condado y sus proveedores de la red (también conocidos como sus "proveedores de tratamiento"), cumplen con todas las leyes federales y estatales de no discriminación aplicables a los derechos civiles y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad, discapacidad, orientación sexual o dominio limitado del inglés. Usted puede reportar cualquier violación a:

DBH Office of Cultural Competence
Attn: ACA 1557 Coordinator
303 E. Vanderbilt Way
San Bernardino, CA 92415

ACA 1557 Coordinador
Oficina: (909) 386-8223 • TTY: 7-1-1
Correo Electrónico: ACA1557@dbh.sbcounty.gov

Resumen del Manual del Miembro y Formulario de Reconocimiento del Plan del Sistema Organizada de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal

Servicios de Asistencia al Cliente	
<p>Comuníquese con su proveedor de tratamiento o con la Unidad de acceso DBH (1-888-743-1478) si necesita ayuda con:</p> <ul style="list-style-type: none"> Transferencia a otro proveedor o tipo de servicio diferente (también conocido como nivel de atención). Materiales informativos, como el Manual del Beneficiario o los formularios de Reclamo y Apelación, en el idioma que mejor entienda. Asistencia de lectura u otra ayuda para comprender mejor cualquiera de los documentos que recibió o que necesita firmar. Esto puede incluir recibir materiales en letra más grande, etc. Servicios de intérpretes si el inglés es su segundo idioma o si su comprensión del material en inglés es limitada. Los servicios de interpretación verbal y traducción de lectura están disponibles para usted sin costo adicional. Ayudas auxiliares para ayudarlo a participar en servicios para discapacidades o limitaciones visuales, auditivas y / o físicas. Asistencia adicional está disponible sin costo adicional. 	
Reclamos y Apelaciones	
<p>Reclamo una expresión de insatisfacción con respecto a cualquier cosa relacionada con su tratamiento de SUD, que no sea una Determinación Adversa de Beneficios.</p> <p>Apelaciones una revisión de una decisión (de negación o cambios en los servicios) realizada por el Condado o su proveedor sobre sus servicios de tratamiento de SUD.</p> <p>Los plazos y procesos de presentación se describen en el Manual del Beneficiario. Puede cambiar de opinión y retirar una queja / apelación en cualquier momento. Los formularios están disponibles en: http://wp.sbcounty.gov/dbh/ads/</p>	
Quejas	
<p>Si desea presentar una queja sobre un proveedor licenciado o certificado de servicios de medicamentos AOD o un asesor registrado o certificado, puede completar el formulario en el sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica en: https://www.dhcs.ca.gov/individuos/P%C3%A1ginas/Sud-Complaints.aspx</p>	
<p style="text-align: center;">Información de contacto del proveedor de tratamiento</p> <p style="text-align: center;">{Enter Agency Name Here} {Enter Contact Name Here} {Enter Street Address Here} {Enter City, State and Zip Code Here}</p> <p style="text-align: center;">{Enter Email Address Here} Phone: {Enter Phone number Here} Fax: {Enter Fax Number Here}</p>	<p style="text-align: center;">Información de contacto del condado</p> <p style="text-align: center;">Department of Behavioral Health Quality Management Division Attn: Access Unit 303 E. Vanderbilt Way San Bernardino, CA 92415</p> <p style="text-align: center;">DBH-ACCESS@dbh.sbcounty.gov Phone: 1(888) 743-1478 Fax: (909) 890-0353</p>



Resumen del Manual del Miembro y Formulario de Reconocimiento del Plan del Sistema Organizada de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal

Reconocimiento		
<p>Antes de firmar este formulario, mi consejero de admisión / personal me habló sobre a qué beneficios puedo acceder de forma gratuita, cómo puedo presentar una queja o apelación, y dónde puedo consultar el Manual del Beneficiario para obtener más información:</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Recibí mi copia gratuita del Manual del Beneficiario de la siguiente manera (marque una):</p> <p><input type="checkbox"/> El personal me dio una copia impresa.</p> <p><input type="checkbox"/> El personal me envió una copia (el comunicado electrónico firmado está archivado).</p> <p><input type="checkbox"/> Al descargar una copia en el sitio web de DBH en http://wp.sbcounty.gov/dbh/ads/.</p> <p>Nota: Todos los clientes deben recibir el Manual del Beneficiario en su idioma y formato preferido dentro de los cinco (5) días posteriores al primer servicio o la fecha de admisión.</p>		
<p>Cliente</p> <p>Imprimir Nombre: Firma: Fecha:</p>		
<p>Personal del proveedor</p> <p>Imprimir Nombre: Firma: Fecha:</p>		



Asistencia Lingüística

Enviar con todos los Avicios

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1).

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request.

Call 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1).

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1).

Tagalog (Tagalog– Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1)번으로 전화해 주십시오.

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1)。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-888-743-1478 (TTY (հեռատիպ)՝ 7-1-1).

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-743-1478 (телетайп: 7-1-1).



Asistencia Lingüística

Enviar con todos los Avicios

فارسی (Farsi)

بز نای ن هس یتلاک ن ،دی یم گ ن وگ ن را یس بز نا با هگا ر :āā
امش با یار یار ناگ با تروص
با گ یری دن سام (TTY: 7-1-1) 1-888-743-1478 با ا د ش یم ن م هار

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1) まで、お電話にてご連絡ください。

Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਧਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਿ ਪੰਜਾਬ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਿ ਭਾਸ਼ਾ ਿ ਧੀ ਿ ਸਹਾਇਤਾ
ਸੇ ਿ ਾ ਤੁਹਾਡੇ ਈ ਮੁਫਤ ਉਪ ਧਬ ਹੈ। 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1) 'ਤੇ ਕਾ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

با نر م نا ل ص با لان اجم لك ن ناون ر لا ل بوغ ة لام قدع اس تامدخ ن ن لا ل لغ كذا ر ن شح ن ك تن اذ ل م قظوح ل
1-888-743-1478
(م 7-1-1: ل او ب م ك ل ا م ص لاه ف نر م)

हंदी (Hindi) ध्यान दें: मदद आप द हंदी बोलते हैं तो आपके लए मुफ्त में भाषा स ायता
सेवाएं उपलब्ध
ैं। 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้า ภาษาไทยคุณสามารถ ธิการช่วยเหลือทางภา ธิ โทร 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1).
คุณท ไชบ ษาไคฟ

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន៖ រ រ ំ សិនជាអ្នក កនិយាយ ភាសាខ្មែរ , រសវាជំនួយមននកភាសា
ំពោយមិនគិត
ន្ត គឺអាចមានសំ ំរ ើ អ្នក ចូ ូ ស័ព្ទ 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1)។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດຊາບ: ຖ້ າວ າທ່ ານ າວ າພາສາລາວ, ອດ ານພາສາ ໂດຍ ບັ ງຄ່ າ,
ການ ບໍ ລິການ ຈຸ ວຍ ັ ທ
ແມ່ ນມີ ພໍ ອມໃຫ້ ທ່ ານ ໂທ 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1).