



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

Este documento es para nuestros clientes que cuentan con un seguro del OHP y cuyo plan de salud mental es Mid-Valley Behavioral Care Network (MVBCN)

El lema de nuestra red: ***Juntos en la búsqueda de lo mejor que podamos imaginar.***

Cuando usted se pone en contacto con nosotros para obtener servicios cubiertos por el Plan de Salud de Oregon, usted como cliente o consumidor y nosotros como proveedores del plan de salud mental comenzamos una relación recíproca. Es nuestro deseo que esta relación sea productiva. Queremos proveerle la mejor atención posible. Todos debemos ser tratados de manera equitativa y con respeto. Trabajaremos juntos hasta obtener el mejor resultado posible para su situación.

Sabemos que usted espera ciertas cosas de nosotros, tal como lo haría cualquier consumidor. Nosotros también tenemos ciertas expectativas de usted. Esto nos ayuda a hacer nuestro trabajo de la mejor manera posible. Sus "Derechos" son aquellas cosas que usted obtendrá de nosotros. Sus "Responsabilidades" son aquellas cosas que nosotros necesitamos de usted. Si cada quien pone de su parte y hace su mejor esfuerzo por trabajar de manera conjunta, esperamos que esto sea "lo mejor que podamos imaginar".

SUS DERECHOS

Como usuario de un seguro del Plan de Salud de Oregon (OHP), usted tiene varios Derechos.

RESPETO

1. Su proveedor de servicios lo tratará a usted con respeto y dignidad;
6. Le avisaremos oportunamente si tenemos que cancelar su cita;
7. Usted puede obtener ayuda o "Servicios de Protección" si considera ser víctima de un abuso;
8. Usted puede obtener atención de emergencia las 24 horas del día y los 7 días de la semana;

ACCESO

1. Su proveedor no podrá darle un trato distinto debido a que usted es usuario del OHP;
2. No es necesario obtener una referencia de su médico para utilizar nuestros servicios;
3. Usted obtendrá la atención adecuada para su padecimiento;
4. Usted obtendrá la atención aprobada para su padecimiento;
5. Usted obtendrá servicios de salud cubiertos sin una espera mayor a la necesaria;

INFORMACION

1. Usted recibirá información sobre sus derechos y responsabilidades;
2. Usted puede obtener información sobre cómo tener acceso a los servicios;

Usted puede obtener este documento en un tamaño de letra mayor o en un formato distinto. También puede obtener el documento en inglés y en algunos otros idiomas. Póngase en contacto con la oficina enlistada a continuación para solicitarlo.

Mid-Valley Behavioral Care Network
1660 Oak Street SE, Suite 230
Salem, Oregon 97301

En Salem: 503-361-2647 • Gratuito: 1-866-422-6647
Servicio de Retransmisión en Español: 1-800-735-3896

*Horario de Oficina de MVBCN: 8:00 AM - 5:00 PM, lunes a viernes
(Cerramos durante la mayoría de los días festivos gubernamentales)*

Aprobado en octubre del 2006

3. Usted puede elegir alguno de los proveedores o ubicaciones de la Lista de Proveedores de MVBCN;
4. Usted puede obtener información sobre los servicios de salud mental que están cubiertos por el OHP y sobre aquellos que no están cubiertos;
5. Usted puede elegir la opción de servicios cubiertos o no cubiertos por el OHP que mejor se ajuste a sus necesidades;
6. Usted puede obtener información gratuita y fácil de entender por escrito;
7. Usted puede solicitar que le expliquemos dicha información por escrito;
8. Usted puede tener acceso a un intérprete sin costo alguno si tiene una discapacidad auditiva;
9. Usted puede tener acceso a un intérprete gratuito si su idioma principal no es el inglés;
10. Usted puede obtener información sobre la "Declaración del Tratamiento de Salud Mental" y las "Directrices Avanzadas" para poder tomar decisiones sobre su atención médica y saber todo lo relacionado con dichos procesos;
11. Usted recibirá una notificación por escrito y obtendrá información sobre cómo solicitar una audiencia en caso de que sus servicios cambien o le sean negados.
12. Usted recibirá una notificación por escrito en caso de que MVBCN no vaya a pagarle a un proveedor;
13. Usted será informado antes de recibir un servicio en caso de que el OHP no lo cubra;
6. No utilizaremos la práctica de la "restricción" o el "aislamiento" para castigarlo;
7. No intentaremos "restringirlo" o "aislarlo" a fin de forzarlo a hacer algo que usted no desee hacer;
8. Usted puede obtener una segunda opinión sobre su diagnóstico o tratamiento;
9. Usted participará activamente en el desarrollo de su plan de tratamiento;
10. Si usted es un padre de familia, participará activamente en el desarrollo de un plan de tratamiento para su hijo/a.
11. Usted puede hacerse acompañar por un amigo, pariente o abogado cuando acuda a sus citas;
12. Usted participará en la toma de decisiones sobre su cuidado;
13. Usted puede cambiar de proveedor si existe una razón válida;

CONFIDENCIALIDAD

1. Su información personal será privada;
2. Todo lo que usted le diga a su proveedor será confidencial;
3. Mantendremos un expediente con información sobre su padecimiento, los servicios que usted recibió y las referencias médicas que se le hayan dado;
4. Su expediente será privado y confidencial según lo establece la ley;
5. Usted puede obtener una copia de su expediente, a menos de que la ley lo prohíba;
6. Usted puede solicitar que la información de su expediente sea corregida o modificada;
7. Usted puede solicitar que proporcionemos información de su expediente a otro proveedor de servicios;

USO DE SUS DERECHOS

1. Usted puede obtener información sobre nuestro proceso para presentar una queja;
2. Usted no será sancionado por presentar una queja;
3. Usted no será sancionado por ejercer sus derechos;

INSTRUCCIONES SOBRE SUS CUIDADOS

1. Haremos nuestro mayor esfuerzo por comprender su padecimiento;
2. Le proporcionaremos información sobre su padecimiento;
3. Haremos lo posible por desarrollar servicios que se ajusten mejor a sus necesidades;
4. Usted puede aceptar o rechazar los servicios que le sean ofrecidos;
5. Le informaremos sobre el efecto que podría tener su decisión de aceptar o rechazar un servicio en su salud.

4. No discriminaremos en contra de usted ni restringiremos los servicios prestados en base a su raza, color, género, edad, discapacidad, religión o idioma;
5. Usted puede presentar una queja sobre MVBCN o alguno de nuestros proveedores y obtendrá una respuesta oportunamente;
6. Usted puede presentar una "Queja" o una "Apelación";
7. Usted puede solicitar una Audiencia Administrativa al Departamento de Servicios Humanos, ya sea normal o urgente;
8. Usted puede solicitar la continuación de sus servicios hasta que se tome una decisión sobre una Apelación;
9. Si una Apelación no le favorece, se le informará que es posible que usted tenga que pagar el costo de los servicios que continuaron durante la Apelación.

SUS RESPONSABILIDADES

Como usuario de un seguro del Plan de Salud de Oregon (OHP), usted tiene varias Responsabilidades.

RESPECTO

1. Usted debe tratar con respeto a su proveedor de salud mental, a su personal y al personal de MVBCN;
9. Avise a su proveedor de servicios y al trabajador del DHS si usted tiene otros seguros o recursos de pago disponibles;

PARTICIPACION

1. Usted debe participar activamente en el desarrollo de su plan de tratamiento;
2. Usted debe aclarar sus dudas sobre aquellas cosas que no comprenda;
3. Usted debe utilizar la información que reciba para tomar decisiones sobre sus cuidados antes de que éstos le sean proporcionados;
4. Usted debe seguir el plan de tratamiento que haya acordado;

LINEAMIENTOS DE ACEPTACION

1. Cerciórese de obtener una aprobación anticipada para consultar a los proveedores de salud mental que no se encuentren en la Lista de Proveedores;
2. Utilice los servicios de su proveedor asignado, a menos de que se trate de una emergencia;
3. Utilice adecuadamente los servicios urgentes o de emergencia;

COMUNICACION E INFORMACION

1. No falte a las citas con su proveedor;
2. Llegue a tiempo a sus citas;
3. Llame a su proveedor para avisarle que usted llegará tarde;
4. Llame a su proveedor si no podrá acudir a su cita;
5. Proporcione a su proveedor información precisa sobre su situación de salud mental;
6. Proporcione información precisa para su expediente;
7. Ayude a su proveedor a obtener sus archivos anteriores de salud mental;
8. Mantenga actualizados su dirección y número de teléfono con el trabajador del DHS y su proveedor de servicios;

PAGO

1. Pague a tiempo su prima del OHP si usted debe hacerlo;
2. Muestre su tarjeta del OHP a su proveedor antes de recibir algún servicio;
3. Firme los documentos para verificar que usted ha sido informado sobre el costo de los servicios que no estén cubiertos por el OHP;
4. Firme los documentos para verificar que usted ha sido informado sobre quién es responsable de pagar los servicios que no estén cubiertos por el OHP;
5. Pague los servicios que no estén cubiertos por el OHP;
6. Ayúdenos a obtener el pago de otros seguros y recursos de pago que usted tenga.