



**Para Personas Inscritas en un Seguro del Plan de Salud
de Oregon cuyo Plan de Salud Mental es
Mid-Valley Behavioral Care Network**

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

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

Cuando usted se pone en contacto con nosotros para obtener servicios, usted como consumidor de servicios para el cuidado de la salud y nosotros como plan de salud mental o proveedor / agencia de tratamiento comenzamos una relación recíproca. Es nuestro deseo que esta relación sea productiva. Queremos proveerle la mejor atención posible. Todos debemos ser tratados con el mismo nivel de 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 de servicios para el cuidado de la salud. Nosotros también esperamos ciertas cosas 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 podemos imaginar".

SUS DERECHOS

Como usuario de un seguro del OHP, usted tiene muchos derechos:

RESPETO

1. Usted recibirá un trato digno y respetuoso de su proveedor, el personal de la agencia de tratamiento y el personal de MVBCN.

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 los servicios de salud mental que estén cubiertos sin una espera mayor a la necesaria;
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;

*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 • Sin Costo: 1-866-422-6647
Servicio de Retransmisión de Oregon:
TTY o Voz: 711 • VCO: 1-800-735-3260

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

INFORMACION

1. Usted recibirá información sobre sus derechos y responsabilidades;
2. Usted recibirá información sobre cómo tener acceso a los servicios;
3. Usted puede elegir a cualquiera de las agencias de tratamiento enlistadas en Lista de Proveedores de MVBCN;
4. Usted recibirá 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;
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 relación con su salud;
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 en el desarrollo de un plan de tratamiento para su hijo/a;
11. Usted puede hacerse acompañar por un amigo, pariente o intercesor cuando acuda a sus citas;
12. Usted participará en la toma de decisiones sobre sus cuidados;
13. Usted puede cambiar de proveedor o de agencia de tratamiento 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;

INSTRUCCIONES SOBRE SUS CUIDADOS

1. Haremos nuestro mejor esfuerzo por comprender su padecimiento;
2. Le proporcionaremos información sobre su padecimiento;
3. Haremos lo posible por prestarle servicios que se ajusten mejor a sus necesidades;

USO DE SUS DERECHOS

1. Usted recibirá información sobre nuestro proceso para presentar una queja;
2. Usted no será sancionado por presentar una queja;
3. Usted no será sancionado por hacer uso de sus derechos;
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 su proveedor, su agencia de tratamiento o MVBCN 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 OHP, usted tiene muchas responsabilidades:

RESPETO

1. Usted debe tratar con respeto a su proveedor, al personal de la agencia de tratamiento y al personal de MVBCN;

PARTICIPACION

1. Usted debe participar activamente en el desarrollo de su plan de tratamiento;
2. Usted debe hacer preguntas 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;

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. Avise a su proveedor con anticipación si usted 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;
9. Avise al trabajador del DHS si usted se embaraza y notifique al trabajador cuando nazca su bebé;
10. Avise al trabajador del DHS si algún miembro de su familia se muda a otro domicilio o llega a vivir a su casa;
11. Avise a su proveedor de servicios y al trabajador del DHS si usted tiene otros seguros o recursos de pago disponibles;
12. Avise a MVBCN dentro de un plazo de 72 horas si usted acude a un hospital fuera del área para recibir servicios de salud mental;

CUMPLIMIENTO CON LAS REGLAS

1. Asegúrese de obtener una aprobación anticipada para consultar a cualquier proveedor o agencia de tratamiento que no se encuentre en la Lista de Proveedores de MVBCN;
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;

PAGO

1. Pague a tiempo su prima del OHP si usted debe hacerlo;
2. Muestre su tarjeta del OHP a su proveedor o a la agencia de tratamiento 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. Ayude a su proveedor, a la agencia de tratamiento y a MVBCN a obtener el pago de otros seguros o recursos de pago que usted tenga.