



**Mid-Valley Behavioral
Care Network**

Información Sobre Beneficios

**Plan de Salud de Oregon (OHP)
MANUAL PARA MIEMBROS**

*Servicios de Salud Mental y Tratamiento por el Uso de Drogas y Alcohol
para los Miembros del OHP en los Condados de Linn, Marion, Polk,
Tillamook y Yamhill*

**ESTE MANUAL CONTIENE INFORMACION IMPORTANTE SOBRE
LA PRIVACIDAD DE LA INFORMACION SOBRE SU SALUD**

Índice de Contenidos

Página(s)

¿Qué es el Mid-Valley Behavioral Care Network?.....	i
Objetivo de este Manual.....	i
Cómo Obtener este Manual en Otros Idiomas o Formatos	i
Cómo Ponerse en Contacto con MVBCN.....	i
Servicios de Salud Mental Cubiertos por el OHP	1
Servicios de Rutina.....	1
Servicios Urgentes o para Situaciones de Crisis	2-3
Servicios de Emergencia.....	3-4
Servicios para Niños con Necesidades Intensivas de Salud Mental	4
Servicios de Intérpretes.....	5
Servicios de Rutina Fuera de la Red y Servicios Especializados	5
Servicios Fuera del Area	5-6
Servicios No Cubiertos o Limitados.....	6
Citas	7
Confidencialidad.....	7
Necesidades Especiales para el Cuidado de la Salud	7
Ayuda para los Problemas de Drogas y Alcohol.....	8
Ayuda para Dejar de Fumar	8
Transporte	8
Pagos y Otros Seguros	9
Nuestro Proceso de Quejas y Retroalimentación	9-10
Cómo Presentar una Apelación o Solicitar una Audiencia	11-14
Proceso de Queja para Proveedores de Servicios Médicos.....	14
Derechos y Responsabilidades de los Miembros	
<i>Derechos</i>	14-16
<i>Responsabilidades</i>	16-17
Declaración sobre el Tratamiento de Salud Mental.....	18
Directriz Anticipada de Atención Médica	18-19
Estructura y Operaciones de MVBCN	19
Fraude, Malgasto y Abuso en la Atención Médica.....	19-20
Aviso de Prácticas de Privacidad	20-24
Definiciones.....	24-26
Lista de Proveedores: Agencias para el Tratamiento de la Salud Mental	
<i>Condado de Linn</i>	26-27
<i>Condado de Marion</i>	28-32
<i>Condado de Polk</i>	32-33
<i>Condado de Tillamook</i>	33
<i>Condado de Yamhill</i>	33-35
Lista de Proveedores: Agencias para el Tratamiento de las Drogas y el Alcohol	
<i>Condado de Linn</i>	35
<i>Condado de Marion</i>	36-37
<i>Condado de Polk</i>	37
<i>Condado de Tillamook</i>	38
<i>Condado de Yamhill</i>	38-39
Formulario de Apelación.....	40-42
Formulario de Queja del OHP	44

¿Qué es el Mid-Valley Behavioral Care Network?

Somos un plan de atención administrada y prestamos servicios de salud mental. Proporcionamos estos servicios para la mayoría de las personas aseguradas bajo el Plan de Salud de Oregon (OHP) que viven en cinco condados de Oregon. Estos condados son Linn, Marion, Polk, Tillamook y Yamhill. El OHP automáticamente inscribe a sus asegurados en nuestro plan. Si usted es un miembro de nuestro plan, nuestro nombre aparece en su Carta de Cobertura.

Objetivo de este Manual

El objetivo de este manual es explicar los servicios de salud mental de OHP disponibles a través de nuestro plan. Esto no significa que usted necesite los servicios descritos en el manual.

Cómo Obtener este Manual en Otros Idiomas o Formatos

Si necesita este manual en otro idioma, letra más grande, Braille, cinta de audio, o en otro tipo de formato, llame al 1-888-315-6822. Si usted tiene una discapacidad auditiva, comuníquese al teléfono 1-800-735-3896 del Servicio de Retransmisión en Español.

Cómo Ponerse en Contacto con MVBCN

Este manual es una herramienta útil que le ayudará a conocer mejor nuestros servicios. Si usted tiene alguna duda, póngase en contacto con el área de Información para Miembros marcando el teléfono que aparece a continuación. También le ofrecemos información útil en nuestro sitio web en Internet. La dirección de nuestro sitio web es: www.mvbcn.org

INFORMACION PARA MIEMBROS

En Salem, llame al: 503-315-0719

O al teléfono sin costo: 1-888-315-6822

El Servicio de Retransmisión en Español: 1-800-735-3896

Horario: 24 horas del día / 7 días de la semana

CENTRO DE SERVICIO REGIONAL DE MVBCN

1660 Oak Street SE, Suite 230

Salem, Oregon 97301

En Salem, llame al: 503-361-2647

O al teléfono sin costo: 1-888-315-6822

(solicite que los comuniquen a la oficina de MVBCN)

Horario: 8:00 am – 5:00 pm de lunes a viernes

(La oficina permanece cerrada durante la mayoría de los días festivos oficiales)

Los miembros con una discapacidad auditiva pueden contactar al área de Información para Miembros o al Centro de Servicio Regional de MVBCN utilizando el Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones de Oregon en Español: 1-800-735-3896

Servicios de Salud Mental Cubiertos por el OHP

El OHP cubre distintos servicios de salud mental para niños, adolescentes y adultos. Algunos de los servicios de salud mental cubiertos por el OHP son:

- Evaluación/valoración
- Asesoría
- Administración de casos médicos
- Terapia individual o para grupos y familias
- Administración de medicamentos
- Servicios en caso de una crisis
- Servicios hospitalarios
- Programas para ayudar con la vida diaria y comunitaria

Algunos de estos servicios pueden ser más útiles que otros. Todo depende de la persona y la situación. La decisión sobre cuáles servicios pueden ser útiles se toma de manera conjunta entre la persona y el proveedor del servicio.

Servicios de Rutina

Nuestras agencias para el tratamiento de la salud mental se enlistan en las páginas 26-35 de este manual. Estas páginas están clasificadas por condado y luego por ciudad. Usted puede llamar a cualquiera de éstas agencias para solicitar una cita para recibir servicios de rutina. No es necesario obtener una referencia de su médico o de otras personas para solicitar éstos servicios. Antes de llamar por teléfono, por favor tenga a la mano su identificación de Atención Médica del DHS. La agencia proveedora del tratamiento utilizará la información de su identificación para determinar su elegibilidad para los servicios del OHP.

Si usted necesita ayuda para seleccionar una agencia: Llame al número telefónico de Información para Miembros. Comuníquese al teléfono 503-315-0719 si usted vive en Salem o al 1-888-315-6822 si usted vive fuera de Salem.

Si usted vive en el Condado de Marion: Usted puede obtener ayuda para seleccionar una agencia llamando a los Servicios Comunitarios y de Proveedores del Condado de Marion (CaPS) al teléfono 503-585-4977.

Antes de llamar por teléfono, por favor tenga a la mano su identificación de Atención Médica del DHS. Se le preguntará el nombre de la ciudad o el condado donde usted vive. De esta manera podremos encontrar una agencia cuyas oficinas estén cerca de usted. También es posible que le pidamos cierta información básica sobre la situación. Posiblemente preguntemos la edad de la persona y si dicha persona habla algún idioma distinto al inglés. También es posible que preguntemos si la persona ha acudido a alguna de nuestras agencias en el pasado. Esta información nos ayudará a decidir cuál agencia se ajusta mejor a las necesidades de la persona.

Cuando usted llame para solicitar una cita, es posible que la agencia también le solicite cierta información básica sobre la situación. De este modo, ellos podrán decidir cuáles de sus proveedores pueden ser más útiles para la persona. Si usted desea obtener una lista de los proveedores que se encuentran en cada agencia, llame a la línea telefónica de Información para Miembros. Pida que lo comuniquen a la oficina de MVBCN.

Siempre lleve consigo su identificación de Atención Médica del DHS cuando acuda a cada cita.

Servicios Urgentes o para Situaciones de Crisis

Una situación de crisis es cuando una persona necesita recibir ayuda rápidamente de modo que la situación no se convierta en una emergencia.

Si usted ya cuenta con un proveedor: Su proveedor le informará cómo ponerse en contacto con él/ella durante una crisis de salud mental. Si usted está teniendo una situación de crisis, siga el plan elaborado junto con su proveedor.

Si usted no tiene un proveedor o si no puede ponerse en contacto con su proveedor: Comuníquese al número telefónico que corresponda a su condado según la lista que aparece a continuación. Avise a la persona que responda el teléfono que usted está teniendo una crisis de salud mental.

CONDADO DE LINN	
<i>En horas hábiles:</i> 8:00 am – 5:00 pm, lunes a viernes	541-967-3866 O llame al número gratuito: 1-800-304-7468
<i>En horas inhábiles:</i>	1-800-560-5535
CONDADO DE MARION	
24 horas del día, 7 días de la semana	503-585-4949
CONDADO DE POLK	
<i>En horas hábiles:</i> 8:00 am – 5:00 pm, lunes a viernes	503-623-9289
<i>En horas inhábiles:</i>	503-581-5535
CONDADO DE TILLAMOOK	
24 horas del día, 7 días de la semana	503-842-8201 O llame al número gratuito: 1-800-962-2851
CONDADO DE YAMHILL	
<u>Para Adultos</u>	
<i>En horas hábiles:</i> 8:30 am – 5:00 pm, lunes a viernes (excepto del mediodía a la 1:00 pm)	503-434-7523
<i>En horas inhábiles:</i>	503-434-7465 O llame al número gratuito: 1-800-560-5535
<u>Para Niños y Jóvenes</u>	
<i>En horas hábiles:</i> 8:30 am – 5:00 pm, lunes a viernes	503-434-7462
<i>En horas inhábiles:</i>	503-434-7465 O llame al número gratuito: 1-800-560-5535

¿No sabe a quién llamar? Comuníquese con el área de Información para Miembros al teléfono 1-888-315-6822, las 24 horas del día y los 7 días de la semana. Avise a la persona que

responda el teléfono que usted está teniendo una crisis de salud mental. De inmediato se le comunicará con un especialista en servicios críticos. El especialista platicará con usted para determinar cuál es la mejor manera de solucionar la crisis. Avise al especialista sobre su seguro del OHP tan pronto como pueda.

Planee con anticipación ante una posible crisis de salud mental: Puede ser bastante útil para usted y su proveedor elaborar de manera anticipada un *plan ante una posible situación de crisis*. Este tipo de plan enlista las opciones y los pasos que usted puede tomar para ayudarlo en caso de una situación de crisis. El plan también le indica aquellas cosas que sí funcionan o no funcionan en caso de una situación de crisis. Por ejemplo, usted puede indicar que prefiere recibir atención especializada en vez de ser internado en un hospital.

Servicios de Emergencia

Una situación de emergencia ocurre cuando una persona necesita recibir ayuda de inmediato para evitar una lesión o un daño severo. Si la persona es una mujer embarazada, esto también incluye aquellos servicios destinados a la protección del bebé por nacer. La lesión severa puede ser a la salud física o mental de la persona.

Si usted o alguno de sus conocidos pueden lastimarse a sí mismos o a otras personas, llame al 911.

Existen distintas maneras de obtener ayuda en una situación de emergencia. Estas opciones están disponibles las 24 horas del día y los 7 días de la semana.

- Llame al 911
- Llame al 1-888-315-6822. Cuando le contesten, avise a la persona que usted está teniendo una crisis de salud mental. De inmediato se le comunicará con un especialista en servicios críticos de su localidad. El especialista platicará con usted para determinar cuál es la mejor manera de solucionar la crisis.
- Acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano

No es necesario que usted obtenga una autorización previa antes de recibir los servicios de emergencia. Sin embargo, únicamente debe acudir a la sala de emergencias de un hospital si la situación realmente es una emergencia. Su seguro del OHP no cubre los servicios recibidos en una sala de emergencias si la situación no es una emergencia. Es posible que usted tenga que pagar los gastos de la sala de emergencias si la situación realmente no es una emergencia.

Algunos servicios pueden resultarle más útiles que otros en una situación de emergencia. Todo depende de la persona y la situación. Existen algunos servicios no hospitalarios, tales como la atención especializada en casos de crisis, mismos que podrían resultarle útiles. En algunos casos, es posible que la persona deba ser internada en un hospital. Avise al hospital o a su proveedor sobre su seguro del OHP tan pronto como pueda.

Los proveedores de servicios de emergencia deben avisarnos cuando alguno de nuestros miembros obtenga ayuda en una situación de salud mental. De esta manera, podremos cubrir el pago de los servicios destinados a ayudar a la persona. También podremos programar otros tipos de ayuda para que la persona pueda obtener servicios adicionales una vez que haya

pasado la emergencia. Si el proveedor no nos avisa, es posible que decidamos no pagar su factura. O tal vez decidamos pagar únicamente una parte de su factura.

Servicios para Niños con Necesidades Intensivas de Salud Mental

Contamos con un método amistoso llamado *New Solutions*, mismo que toma en cuenta a las familias y sirve para ayudar a los niños con necesidades intensivas de salud mental. Este método hace uso de un modelo de tipo *integral*. El modelo integral es un proceso diseñado para trabajar conjuntamente con un niño y su familia. Se basa en la idea de que los servicios son más útiles cuando se ajustan específicamente a las necesidades del niño y la familia.

Para determinar si *New Solutions* es adecuado para su hijo(a), necesitamos obtener información sobre su situación actual. A este proceso se le llama *detección*. El padre o tutor del niño debe firmar un formulario de consentimiento antes de que pueda comenzar el proceso de detección. Esto es lo que ocurre durante la detección:

- Realizamos entrevistas telefónicas con personas que conocen bien la situación del niño
- Revisamos un reporte reciente conteniendo una evaluación de la salud mental del niño
- El padre o tutor proporciona información para ayudarnos a detectar las necesidades de salud mental del niño
- Evaluamos otros factores de riesgo para el niño y la familia. Estos factores incluyen el riesgo de una colocación fuera del hogar, el estrés familiar y la afectación escolar

¿Quién es Elegible? Los niños y jóvenes cuyas necesidades de salud mental no hayan sido solucionadas a través de los servicios convencionales, además de sus familias.

¿Qué Pueden Esperar las Familias? La familia aprenderá nuevas formas de ayudar a su hijo(a). Parte de este aprendizaje incluye la designación de un Equipo para el Niño y la Familia. Los miembros del equipo pueden ser los parientes y amigos del niño. Los miembros también pueden ser personas que proporcionen atención médica y otros servicios al niño. El equipo se reúne periódicamente con el niño y su familia. Durante estas reuniones, el equipo conoce las fortalezas del niño y las necesidades del niño y la familia. El equipo ayuda a establecer objetivos y a encontrar maneras de apoyar el éxito del niño y la familia.

¿Desea Usted Recibir Mayor Información? Cada uno de los condados dentro de nuestra área de servicio cuenta con su propio personal de *New Solutions*. Los miembros del personal forman parte del programa de salud mental de cada condado. Para obtener información gratuita, asistencia o servicios de detección, llame al número correspondiente a su condado. Pida hablar con el personal de Coordinación de *New Solutions*.

Condado de Linn: 541-967-3866

Condado de Marion: 503-361-2724

Condado de Polk: 503-623-9289

Condado de Tillamook: 503-842-8201

Condado de Yamhill: 503-434-7462

Servicios de Intérpretes

Usted puede solicitar la asistencia de un intérprete durante sus citas si usted tiene una discapacidad auditiva o si no habla inglés. El servicio del intérprete no tiene costo alguno. Al hacer su cita, indique a la agencia de tratamiento que usted necesita un intérprete. Ellos programarán y pagarán los servicios del intérprete. Si usted no puede acudir a la cita, avise de inmediato a la agencia.

Servicios de Rutina Fuera de la Red y Servicios Especializados

Usted debe obtener nuestra autorización en caso de que requiera obtener servicios de cualquier agencia que no esté enlistada en este manual. Esta autorización debe obtenerse de manera anticipada. A este proceso se le llama *autorización fuera de la red*. Para obtener mayor información, comuníquese a nuestra oficina marcando el teléfono 503-361-2647 si usted vive en Salem. Si usted vive fuera de Salem, llame al 1-888-315-6822 y solicite que lo comuniquen a la oficina de MVBCN. Por favor tenga a la mano su identificación de Atención Médica del DHS cuando llame.

El personal de nuestra oficina puede proporcionarle el nombre y número telefónico de la persona encargada de las autorizaciones fuera de la red en su condado. Ellos le preguntarán sobre los servicios que usted desea recibir y sobre el sitio donde usted desea acudir para recibirlos. En caso de que los mismos servicios estén disponibles en alguna de nuestras agencias, es posible que usted tenga que acudir a dicha agencia. Es posible que necesitemos varios días para tomar una decisión sobre su solicitud.

También deberá obtener nuestra autorización en caso de que requiera obtener servicios especializados de cualquier agencia que no esté enlistada en este manual. Esta autorización debe obtenerse de manera anticipada. El proceso es el mismo que se lleva a cabo para las autorizaciones fuera de la red. Si usted tiene un proveedor en alguna de nuestras agencias, dicha persona puede ayudarle a obtener servicios especializados de salud mental.

Si usted no tiene el permiso necesario, es posible que el proveedor no reciba un pago por sus servicios. El proveedor puede negarse a proveerle los servicios a usted.

Servicios Fuera del Area

Usted puede obtener servicios de emergencia fuera de nuestra área de servicio sin necesidad de obtener una autorización previa. Sin embargo, únicamente debe acudir a la sala de emergencias de un hospital si la situación realmente es una emergencia. También puede obtener algunos servicios para situaciones de crisis fuera de nuestra área de servicio sin necesidad de obtener una autorización. Avise al hospital o a su proveedor sobre su seguro del OHP tan pronto como pueda. Ellos deben avisarnos cuando alguno de nuestros miembros obtenga ayuda en una situación de salud mental. Si ellos no nos avisan, es posible que decidamos no pagar su factura. O tal vez decidamos pagar únicamente una parte de su factura.

Avise de inmediato al trabajador del DHS si usted cambia de residencia a algún otro sitio de Oregon o fuera del estado. Es posible que usted tenga que cambiar a otros planes de salud administrada del OHP si se muda a otro lugar de Oregon. Cada plan tiene sus propias agencias

de tratamiento y reglas de servicio. No es posible continuar con el OHP si cambia de residencia fuera del estado. Sin embargo, es posible que usted pueda participar en el programa de asistencia médica de su nuevo estado de residencia.

Servicios No Cubiertos o Limitados

El OHP cubre aquellos servicios de atención médica que comúnmente se proveen para ayudar a las personas. Esta información proviene de la experiencia de los proveedores y consumidores de los servicios de atención médica. También proviene de la evidencia científica sobre los servicios cuya utilidad ha sido comprobada. El OHP realiza estudios para determinar el costo de los servicios que tienen una mayor probabilidad de surtir efecto.

Los padecimientos cubiertos y los servicios del OHP aparecen enlistados en un documento llamado *Lista Prioritaria de Servicios de Salud*. El OHP no cuenta con dinero suficiente para cubrir el costo de todos los servicios que aparecen en esta lista. Por tal motivo, el OHP únicamente cubre el costo de los padecimientos y servicios más importantes que aparecen en la lista. Adicionalmente, el gobierno federal ha implementado reglas para determinar los gastos que pueden ser cubiertos por el OHP.

Algunos de los servicios de atención médica que no están cubiertos por el OHP incluyen:

- Servicios que no están incluidos en el paquete de beneficios del OHP de la persona
- Servicios para tratar padecimientos no enlistados en la Lista Prioritaria
- Servicios para personas que se encuentren bajo la custodia de alguna agencia encargada del cumplimiento de la ley
- Servicios solicitados únicamente por motivos legales
- Servicios solicitados por motivos distintos al diagnóstico o tratamiento
- Servicios provistos en otros países
- Servicios provistos en una sala de emergencias cuando la situación no se trate de una emergencia

El OHP ha establecido ciertos límites o restricciones en la cobertura de ciertos tipos de servicios. Por ejemplo:

- El OHP limita los servicios que exceden de lo necesario para diagnosticar o tratar un padecimiento de salud
- El OHP limita los servicios de mayor costo cuando existe algún servicio menos costoso que pueda ser de utilidad
- El OHP limita los servicios que se proveen por comodidad del consumidor pero que no ayudan a diagnosticar o tratar un padecimiento de salud

Consulte a su proveedor si tiene dudas sobre la cobertura del OHP. También puede comunicarse a nuestra oficina marcando el teléfono 503-361-2647 si usted vive en Salem. Si usted vive fuera de Salem, llame al 1-888-315-6822 y solicite que lo comuniquen a la oficina de MVBCN.

Citas

Cada agencia de tratamiento tiene sus propias políticas sobre las citas. La agencia le informará sobre dichas políticas durante su primera consulta. Las políticas le indicarán lo que usted debe hacer si llegará tarde a una cita. También le indicarán lo que usted debe hacer si necesita cancelar una cita. Las políticas le informarán lo que puede suceder si una persona no llega o si constantemente llega tarde a sus citas. Cerciórese de aclarar sus dudas si no comprende las políticas de la agencia.

Es su responsabilidad llegar puntualmente a sus citas. También es su responsabilidad informar a la agencia si usted no podrá llegar a una cita. Avise de inmediato a la agencia si hay algún problema con su cita. Siempre lleve consigo su identificación de Atención Médica del DHS cuando acuda a cada cita.

Confidencialidad

La información sobre su atención médica es confidencial. Existen distintas leyes para proteger el uso y la divulgación de dicha información. Las agencias de tratamiento deben explicar la manera en la que utilizan y divulgan esta información. Los planes de salud administrada también deben hacer esto. El documento que explica el uso y la divulgación de la información sobre su atención médica se llama *Aviso de Prácticas de Privacidad*. Usted puede consultar nuestro Aviso en las páginas 20-24 de este manual.

Es posible que la agencia le pida firmar un formulario de autorización para que ellos puedan hablar con otros proveedores. Este formulario indica el tipo de información que será divulgada y el propósito. En el formulario se menciona un límite de tiempo que establece la duración de la autorización. Será necesario firmar un formulario nuevo una vez que se venza el límite de tiempo. Este formulario también se utiliza si usted desea que algún pariente o amigo tenga acceso a su información confidencial.

Necesidades Especiales para el Cuidado de la Salud

Durante su primera consulta, el proveedor le preguntará sobre su estado de salud actual. También le preguntará sobre sus antecedentes de salud. De esta manera, el proveedor podrá ayudarle a encontrar otros servicios de atención médica que puedan ser de utilidad para usted. Esto también permitirá que usted y su proveedor puedan tomar decisiones acertadas sobre su tratamiento de salud mental. Es importante que usted proporcione información precisa sobre su salud.

Posiblemente usted desee que su proveedor platique con otras personas involucradas en su atención médica. Esto permitirá que todas las personas puedan proporcionarle servicios adecuados para usted. Si usted tiene un problema de salud continuo, es posible que el proveedor tenga que comunicarse con su médico. Esto también es posible si usted está tomando medicamentos. Si usted es remitido a otra persona para obtener servicios de atención médica, es posible que sea necesario hablar con dicha persona para informarle sobre su tratamiento de salud mental.

Ayuda para los Problemas de Drogas y Alcohol

Muchas personas tienen problemas de salud mental y problemas de drogas y alcohol. Usted puede consultar a un proveedor en cualquiera de nuestras agencias de tratamiento acerca de ambos problemas. En las páginas 35-39 de este manual se enlistan varias agencias para el tratamiento de las drogas y el alcohol. Estas agencias están especialmente capacitadas y tienen la experiencia necesaria para ayudar a las personas que también están obteniendo servicios de salud mental. Antes de llamar por teléfono a una agencia de tratamiento, por favor tenga a la mano su identificación de Atención Médica del DHS.

El costo del tratamiento de las drogas y el alcohol es cubierto por su plan médico del OHP. Usted puede llamar a su plan médico para obtener información sobre las agencias que no aparecen en este manual. Si su plan médico del OHP es el Plan de Salud Comunitario de Marion-Polk, comuníquese al CaPS del Condado de Marion al teléfono 503-585-4977 si requiere de ayuda para encontrar una agencia.

Ayuda para Dejar de Fumar

El OHP cubre el costo de los servicios para ayudarle a dejar de fumar. Consulte a su proveedor para obtener mayor información o llame a la Línea para Dejar de Fumar del Estado de Oregon: 1-877-270-STOP (7867). Si usted tiene una discapacidad auditiva, utilice el Servicio de Retransmisión en Español: 1-800-735-3896.

Transporte

Es su responsabilidad conseguir un transporte que lo lleve hacia el sitio donde será su consulta y de regreso a casa. Si usted se transporta por cuenta propia, pregunte al trabajador del DHS si el OHP puede reembolsar sus gastos de transporte. En caso de que el transporte sea un problema, usted puede:

- Tomar el autobús.
- Pedir a un amigo o pariente que lo lleve.
- Encontrar a un voluntario de una agencia de servicio comunitario.
- Llamar al centro de atención telefónica del sistema de transporte que atiende a los clientes del OHP sin costo alguno. Si desea obtener mayor información, llame al centro correspondiente a su condado:

Condado de Linn: Llame a *Cascades West Ride Line* 541-924-8738
Teléfono sin costo: 1-866-724-2975

Condados de Marion, Polk y Yamhill: Llame a *TripLink* 503-315-5544
Teléfono sin costo: 1-888-315-5544

Condado de Tillamook: Llame al *Northwest Ride Center* 503-861-7433
Teléfono sin costo: 1-866-811-1001

Si usted cancela o cambia su cita, llame de inmediato al servicio de transporte para cancelar o cambiar su solicitud de transporte.

Pagos y Otros Seguros

Su Carta de Cobertura le indicará si usted debe cubrir una pequeña cuota (llamada co-pago) cuando acuda a cada consulta. También le indicará si usted debe realizar un co-pago en la farmacia para obtener sus medicamentos. Es su responsabilidad cubrir el co-pago.

Usted puede optar por recibir algún servicio o tratamiento de salud mental que no esté cubierto por el OHP. La agencia le informará por anticipado si algún servicio o tratamiento no está cubierto por el OHP. También le indicará el costo de dicho servicio o tratamiento. Usted deberá firmar un formulario para indicar que pagará el costo correspondiente al servicio o tratamiento no cubierto por el OHP.

Awise de inmediato a la agencia de tratamiento o al trabajador del DHS si usted tiene otro seguro. Lleve consigo a cada consulta la tarjeta de identificación de su otro seguro.

Nuestro Proceso de Quejas y Retroalimentación

La mejor manera de informarnos si estamos satisfaciendo sus necesidades es poniéndose en contacto con nosotros. Si usted tiene algún problema o inquietud, queremos saberlo. Usted no recibirá un trato malo o irrespetuoso por comunicarnos sus problemas o inquietudes.

Usted puede presentar una queja o retroalimentación, ya sea de manera verbal o por escrito. Si el asunto es sobre su proveedor o la agencia proveedora del tratamiento, usted puede presentar una queja ante dicho proveedor o agencia. Si el asunto es sobre MVBCN, usted puede presentar su queja ante MVBCN.

Si el asunto es sobre un Aviso de Acción que usted recibió, no es posible presentar una queja. En vez de ello, usted debe presentar una Apelación o solicitar una Audiencia. En el Aviso aparece la información necesaria para hacer esto. Esta información también aparece en las páginas 11-14 de este manual.

Esto es lo que usted debe hacer si tiene una queja:

- Llenar un Formulario de Queja del Plan de Salud de Oregon (OHP 3001). Usted puede obtener este formulario de su proveedor, la agencia que le proporciona el tratamiento, la oficina de MVBCN o cualquier oficina del Departamento de Servicios Humanos de Oregon. En la página 44 de este manual también podrá encontrar una copia del Formulario de Queja del OHP.
 - Explique su problema o inquietud e indique lo que usted desea que suceda. Utilice otras hojas de papel en caso de ser necesario.
 - Posiblemente usted requiera de ayuda para llenar el formulario. Su proveedor de servicios u otra persona que trabaje en la agencia puede ayudarle. También es posible que un miembro del personal de la oficina de MVBCN pueda ayudarle. Ellos podrán ayudarle a llenar el formulario utilizando sus propias palabras.
 - Devuelva el formulario a la agencia que le proporciona el tratamiento si el problema o la inquietud es sobre el proveedor o la agencia. Si se trata de MVBCN, devuelva el formulario a la oficina de MVBCN.

Usted también puede:

- Hablar directamente con el personal de la oficina involucrada. Si el problema o la inquietud es sobre el proveedor o la agencia que proporciona el tratamiento, diríjase con ellos. Si el asunto es sobre MVBCN, diríjase a la oficina de MVBCN. Cualquiera que sea la oficina con la que usted se ponga en contacto, dígales que desea presentar una queja o retroalimentación. Es posible que ellos lo comuniquen con una persona cuya función es recibir quejas.

Explique su problema o inquietud e indique lo que usted desea que suceda. Ellos le pedirán su información de contacto. De esta manera, podrán obtener mayor información de usted en caso de ser necesario. También podrán avisarle una vez que hayan tomado una decisión sobre el asunto.

Su queja es confidencial

Se protegerá la confidencialidad de su queja. Este es un requisito de las leyes y los reglamentos estatales y federales. Únicamente la agencia que le proporcione el tratamiento, su proveedor de servicios médicos, MVBCN y/o la División de Adicciones y Salud Mental de Oregon podrán consultar, compartir y comentar su información confidencial, ya sea para investigar y resolver alguna queja presentada por usted o para ciertos otros propósitos requeridos. No es necesario que usted firme una autorización para que esto suceda.

Usted puede pedir a otra persona que presente la queja en representación suya. Si esta persona es un Representante autorizado, no es necesario que usted firme un formulario de autorización. Dicha persona puede consultar, compartir y comentar su información confidencial a fin de ayudar a investigar y resolver su queja. Si la persona no es un Representante autorizado, entonces usted debe firmar un formulario de autorización.

Esto es lo que sucede cuando recibimos una queja:

Investigaremos los detalles y las circunstancias del asunto. Haremos lo posible por completar este proceso dentro de un plazo de 5 días hábiles. En caso de que necesitemos más tiempo, le avisaremos por escrito, indicándole el motivo y el tiempo adicional que necesitamos. El límite máximo de tiempo para un proceso de queja es de 30 días naturales.

Durante este proceso, revisaremos la información que aparece en el Formulario de Queja del OHP. En caso de que necesitemos más información, nos pondremos en contacto con usted de inmediato. Es posible que tengamos que revisar sus registros de salud mental. Si el asunto es sobre un proveedor de servicios, es posible que hablemos con dicho proveedor. Si hay otras personas involucradas, es posible que hablemos con ellas. Posiblemente necesitemos que usted firme un formulario de autorización para hacer esto; le avisaremos de inmediato en caso de que esto sea necesario.

Al terminar el proceso, le enviaremos una carta avisando de nuestra decisión sobre el asunto. Si usted no está satisfecho con la decisión, puede ponerse en contacto con la División de Adicciones y Salud Mental del DHS.

Cómo Presentar una Apelación o Solicitar una Audiencia

Si usted recibió un Aviso de Acción sobre sus servicios de salud mental y desea que se revise esa decisión, podrá hacer lo siguiente:

- **PRESENTAR UNA APELACION.** Usted, su Representante o el Proveedor pueden presentar una Apelación para solicitar la revisión de la decisión por parte de su plan de salud mental o de MVBCN; ó
- **SOLICITAR UNA AUDIENCIA.** Usted, su Representante o el Proveedor pueden solicitar una Audiencia para que la División de Adicciones y Salud Mental del DHS revise la decisión. Usted puede solicitar una Audiencia después de haber recibido una decisión de MVBCN sobre su Apelación, o bien, puede solicitar una Audiencia en vez de presentar una Apelación.

Su Representante no requiere de un permiso por escrito para presentar una Apelación o solicitar una Audiencia en representación suya. Sin embargo, el Proveedor debe obtener su permiso por escrito para presentar una Apelación o solicitar una Audiencia.

Dónde obtener el Formulario de Apelación. El Aviso de Acción que usted recibió incluye un Formulario de Apelación. Si usted no tiene este formulario, solicítelo a la oficina de MVBCN. El número de teléfono y la dirección de la oficina de MVBCN aparecen en la página siguiente. También puede utilizar el Formulario de Apelación que aparece en las páginas 40-42 de este manual.

Dónde obtener el formulario de Solicitud de Audiencia. El Aviso de Acción que usted recibió incluye un formulario de Solicitud de Audiencia (DHS 0443). Si usted no tiene este formulario, solicítelo a la oficina de MVBCN o al trabajador del DHS.

Cómo presentar una Apelación. Usted puede presentar una Apelación de manera verbal o por escrito.

- Para presentar una Apelación de manera verbal:
 - Comuníquese con el personal de la oficina de MVBCN al número de teléfono que aparece en la página siguiente. Dígales que usted recibió un Aviso de Acción y que desea presentar una Apelación. Ellos lo comunicarán con un miembro del personal de MVBCN cuya función es recibir Apelaciones.
 - Explique a esa persona por qué desea usted que MVBCN revise la decisión sobre sus servicios. La persona le hará algunas preguntas para obtener más información sobre el asunto y le pedirá su información de contacto. De esta manera, la persona podrá obtener mayor información de usted en caso de ser necesario. También podrá avisarle una vez que MVBCN haya tomado una decisión sobre el asunto. Aún si usted presenta una Apelación de manera verbal, deberá llenar y firmar el Formulario de Apelación. MVBCN debe recibir el formulario dentro de un plazo de 5 días hábiles a partir de la fecha en que usted presentó la Apelación verbal. Envíe el Formulario de Apelación debidamente lleno a la oficina de MVBCN cuya dirección aparece a continuación. Esta dirección también aparece en el formulario.

- Para presentar una Apelación por escrito:
 - Llene las Secciones 1 y 3 del Formulario de Apelación; asegúrese de firmar la Sección 4. Llene la Sección 2 únicamente si otra persona va a presentar la Apelación en representación suya. Envíe el formulario lleno a:

Mid-Valley Behavioral Care Network
Atención: Apelaciones
1660 Oak Street, Suite 230
Salem, Oregon 97301

Llame a la oficina de MVBCN si usted necesita ayuda para llenar el formulario

En Salem: 503-361-2647 • Teléfono sin costo: 1-866-422-6647

El Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones de Oregon en Español:
1-800-735-3896

Su Apelación es confidencial. Se protegerá la confidencialidad de su Apelación. Este es un requisito de las leyes y los reglamentos estatales y federales. Únicamente la agencia que le proporcione el tratamiento, su proveedor de servicios médicos, MVBCN y/o la División de Adicciones y Salud Mental de Oregon podrán consultar, compartir y comentar su información confidencial, ya sea para investigar y resolver alguna queja presentada por usted o para ciertos otros propósitos requeridos. No es necesario que usted firme una autorización para que esto suceda.

Usted puede pedir a otra persona que presente la Apelación en representación suya. Esta persona puede ser su Representante, el proveedor de servicios médicos o alguna otra persona, tal como un amigo o pariente. Si esta persona es un Representante autorizado, no es necesario que usted firme un formulario de autorización. Dicha persona puede consultar, compartir y comentar su información confidencial a fin de ayudar a investigar y resolver su Apelación. Si la persona no es un Representante autorizado, entonces usted debe firmar un formulario de autorización.

Si usted tiene un problema urgente. Usted tiene el derecho de solicitar que la Apelación sea tratada como un asunto urgente. A esto se le llama una Apelación Simplificada. Usted puede solicitar este tipo de Apelación si considera que su vida, su salud o su capacidad de funcionar están en riesgo severo. Comuníquese de inmediato a la oficina de MVBCN para solicitar una Apelación Simplificada. No es necesario que usted llene el Formulario de Apelación para solicitar una Apelación Simplificada.

Si se autoriza su solicitud de Apelación Simplificada, se tomará una decisión sobre su Apelación en un lapso de 3 días naturales contados a partir de la fecha en que su Apelación fue recibida.

Si su situación no cumple con las condiciones de una Apelación Simplificada, usted recibirá una notificación en un lapso de 2 días naturales. Su Apelación seguirá el proceso de decisión estándar en caso de que sea rechazada su solicitud de Apelación Simplificada.

Fechas límite para presentar la Apelación. Usted debe presentar la Apelación en un plazo de 45 días naturales contados a partir de la fecha del Aviso de Acción.

Si usted desea que sus servicios continúen mientras espera la decisión de la Apelación, deberá presentar la Apelación *antes de la fecha en la que cambien sus servicios o en un plazo de 10 días naturales contados a partir de la fecha en la que usted recibió o le fue enviada la Apelación, cualquiera que sea posterior.* Si usted desea solicitar que sus servicios continúen, será necesario marcar el recuadro "sí" en la pregunta correspondiente del Formulario de Apelación.

Se autorizará la solicitud de continuación de sus servicios siempre y cuando se cumplan todas las siguientes condiciones:

1. La Apelación fue presentada a tiempo;
2. Los servicios ya habían sido autorizados;
3. Los servicios fueron autorizados por la agencia proveedora o por MVBCN; y
4. La autorización todavía no expira.

Si la Apelación no le favorece, es posible que usted tenga que pagar el costo de los servicios que recibió durante la Apelación.

Esto es lo que sucede cuando recibimos una Apelación. Le enviaremos una notificación dentro de un plazo de 5 días hábiles para informarle que recibimos su Apelación. Revisaremos la información contenida en el Formulario de Apelación. En caso de que necesitemos más información, nos pondremos en contacto con usted de inmediato. Revisaremos el Aviso de Acción que usted recibió y cualquier otra información relacionada con el Aviso. También revisaremos sus registros de salud mental. Consultaremos a su proveedor de servicios y/o a la agencia que le proporcionó el tratamiento. Si hay otras personas involucradas, es posible que hablemos con ellas. Posiblemente necesitemos que usted firme un formulario de autorización para hacer esto; le avisaremos de inmediato en caso de que esto sea necesario.

Cuándo se tomará una decisión. En el caso de las Apelaciones estándar, se tomará una decisión en un plazo de 16 días naturales contados a partir de la fecha de presentación de su Apelación. En el caso de las *Apelaciones Simplificadas*, se tomará una decisión en un plazo de 3 días hábiles contados a partir de la fecha de presentación de su Apelación. En cualquier caso, se le dará aviso en caso de que se requiera de un mayor plazo de tiempo o si es necesario que usted proporcione información adicional.

Si usted no está de acuerdo con la decisión de la Apelación, usted, su Representante o el proveedor de servicios pueden solicitar una Audiencia con la División de Adicciones y Salud Mental del DHS. Usted podrá encontrar la información sobre cómo solicitar una Audiencia en el formulario llamado Aviso de Derechos de Audiencia (DMAP 3030).

Registros de la apelación. Cualquier información que sea recolectada para su Apelación podrá ser utilizada durante la Audiencia, en caso de que usted la haya solicitado. La información se dará a conocer a la División de Adicciones y Salud Mental del DHS. No es necesario que usted firme una autorización para que esto suceda.

Cómo solicitar una Audiencia. Usted podrá encontrar la información sobre cómo solicitar una Audiencia en el formulario llamado Aviso de Derechos de Audiencia (DMAP 3030). El Aviso de Derechos de Audiencia se incluye en el Aviso de Acción o en el Aviso de Resolución de la Apelación que usted recibió. Si usted no tiene este formulario, solicítelo a la oficina de MVBCN o al trabajador del DHS.

Lea cuidadosamente el Aviso de Derechos de Audiencia y luego llene el formulario de Solicitud de Audiencia. Envíe el Formulario de Solicitud al DHS a la dirección que aparece enlistada en el Aviso de Derechos de Audiencia. Si usted envía el formulario a MVBCN, lo enviaremos de inmediato a la dirección del DHS.

Representación durante una Audiencia. Usted puede contar con la ayuda de un abogado o de otra persona durante la Audiencia. Nosotros no podemos cubrir el costo de un abogado. Sin embargo, usted puede intentar las siguientes opciones: llame a la Línea de Atención sobre Beneficios Públicos (un programa de *Legal Aid Services of Oregon* y del Centro Legal de Oregon) al teléfono 800-520-5292 para recibir asesoría y una posible representación. También es posible que usted obtenga servicios legales gratuitos o a un costo reducido a través del Colegio de Abogados de su localidad.

Proceso de Queja para Proveedores de Servicios Médicos

Su proveedor de servicios médicos puede comunicarse a nuestra oficina al teléfono 503-361-2647 si tiene alguna duda o inquietud sobre su seguro del OHP. Si un proveedor de servicios no está de acuerdo con nuestra decisión sobre el pago de sus servicios, puede solicitar la revisión de esta decisión. El proveedor puede llamar a nuestra oficina para obtener mayor información sobre este proceso.

Derechos y Responsabilidades de los Miembros

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 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 podemos imaginar".

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

RESPECTO

1. Su proveedor de servicios lo tratará a usted con respeto y dignidad;

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;
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;

INFORMACION

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

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.
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 es 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;
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 DHS, ya sea normal o urgente;
8. Usted puede solicitar la continuación de sus servicios hasta que se tome una decisión sobre una Apelación;
9. Usted podrá proporcionar la evidencia que considere necesaria para su Apelación o Audiencia dentro del plazo de tiempo permitido por el proceso;
10. Usted puede revisar los registros y documentos utilizados durante su Apelación o Audiencia dentro del plazo de tiempo permitido por el proceso;
11. 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 distintas Responsabilidades.

RESPETO

1. Usted debe tratar con respeto a su proveedor de salud mental, a su personal y al personal de MVBCN;

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;

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;
9. Avise a su proveedor de servicios y al trabajador del DHS si usted tiene otros seguros o recursos de pago disponibles;

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;

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. Ayude a su proveedor y a MVBCN a obtener el pago de otros seguros y recursos de pago que usted tenga.

Declaración sobre el Tratamiento de Salud Mental

En una situación de crisis o emergencia, es posible que una persona no pueda tomar decisiones sobre su tratamiento de salud mental. Existe un formulario que se utiliza de manera anticipada para indicar los servicios que una persona desea o no desea recibir. Este formulario se llama *Declaración sobre el Tratamiento de la Salud Mental*.

La Declaración permite que la persona proporcione el nombre de un adulto que tomará las decisiones en representación propia. También permite que la persona indique el hospital o la institución de su preferencia. Adicionalmente, la persona puede indicar los medicamentos que accede a utilizar. La Declaración también permite que la persona indique aquello que no desea. La Declaración únicamente es válida en Oregon, ya que otros estados tienen distintas reglas.

Su proveedor puede proporcionarle mayor información sobre la Declaración. También puede proporcionarle una copia e incluso ayudarlo a llenarla. Usted puede comunicarse a nuestra oficina para solicitar una copia del formulario. También puede llamar a la División de Adicciones y Salud Mental del DHS para obtener una copia: 503-945-9700. Si usted tiene una discapacidad auditiva, utilice el Servicio de Retransmisión en Español: 1-800-735-3896. A usted le debe ser entregada una copia de la Declaración si la solicita a su proveedor o a nosotros. Si usted no recibe una copia, podrá presentar una queja ante la División de Adicciones y Salud Mental del DHS. Usted puede llamar al teléfono 503-945-9700 para presentar una queja.

Directriz Anticipada de Atención Médica

En una situación médica severa, es posible que una persona no pueda tomar decisiones sobre su atención médica. Esto suele relacionarse con los servicios médicos que se proveen como parte de los cuidados para el fin de la vida. Existe un formulario que se utiliza de manera anticipada para enlistar los servicios que la persona desea o no desea recibir. Este formulario se llama *Directriz Anticipada de Atención Médica*.

Su plan médico del OHP o su proveedor médico pueden proporcionarle mayor información sobre la Directriz Anticipada. También pueden proporcionarle una copia del formulario e incluso ayudarlo a llenarla. Si lo desea, usted puede llamar a *Oregon Health Decisions* para obtener una copia: 1-800-422-4805. Su proveedor de salud mental también puede proporcionarle una copia e incluso ayudarlo a llenarla. De igual manera, usted también puede comunicarse a nuestra oficina para solicitar una copia del formulario.

Es importante que usted esté consciente de que los proveedores médicos pueden negarse a seguir ciertas partes de una Directriz Anticipada. Esto puede ocurrir si los servicios que usted solicitó van en contra de las creencias personales de los proveedores médicos. En caso de que un proveedor médico no siga su Directriz Anticipada, usted puede presentar una queja llamando al teléfono 971-673-0540. Este es el teléfono de la oficina de Certificación y Concesión de Licencias de Atención Médica de la División de Salud de Oregon. También puede llamar a la División de Personas de la Tercera Edad y Personas con Discapacidades del DHS al teléfono 1-800-232-3020 para presentar una queja.

Usted tiene el derecho de recibir una copia del formulario de Directriz Anticipada cuando así lo solicite a su proveedor de salud mental o a nosotros. Si usted no recibe una copia del

formulario, puede presentar una queja ante la División de Adicciones y Salud Mental del DHS llamando al teléfono 503-945-9700.

Es posible que las leyes estatales sobre las Directrices Avanzadas cambien ocasionalmente. Nosotros actualizaremos este manual dentro de un plazo de 90 días a partir de que entre en vigor cualquier cambio.

Estructura y Operaciones de MVBCN

Usted puede obtener información sobre la administración y organización de MVBCN. Para obtener esta información, comuníquese a nuestra oficina marcando el teléfono 503-361-2647 si usted vive en Salem. Si usted vive fuera de Salem, llame al 1-888-315-6822 y solicite que lo comuniquen a la oficina de MVBCN.

Fraude, Malgasto y Abuso en la Atención Médica

El fraude, el malgasto y el abuso en la atención médica son problemas graves que nos afectan a todos, ya que ocasionan un aumento en los costos de la atención médica en perjuicio de los pacientes, los proveedores de servicios, los contribuyentes y las empresas. Algunas leyes federales y estatales establecen que es un crimen cometer un acto de fraude o abuso.

Necesitamos saber si alguna agencia que recibe dinero de MVBCN pudiera estar cometiendo actos de fraude o abuso. También necesitamos saber si una persona afiliada al seguro del OHP pudiera estar cometiendo actos de fraude o abuso. Si usted sospecha o tiene conocimiento de cualquier acto de fraude, malgasto o abuso, le pedimos que lo reporte. No es necesario que usted proporcione su nombre al reportar un acto de fraude, malgasto o abuso.

¿Qué es un acto de fraude? Un acto de fraude ocurre cuando una persona proporciona información falsa a propósito y recibe un beneficio. La persona puede ser un proveedor de servicios, un cliente o un consumidor. Estos son algunos ejemplos de fraude:

- Un proveedor que nos factura servicios que nunca fueron provistos
- Una persona que proporciona información falsa sobre sus ingresos a fin de obtener un seguro del OHP
- Un proveedor de servicios que ingresa información falsa en un expediente médico para obtener un pago por concepto de servicios que no están cubiertos por el plan
- Una persona que utiliza la tarjeta de identificación de Atención Médica del DHS de otra persona para obtener servicios del OHP

¿Qué es un acto de abuso? Esto ocurre cuando las acciones o decisiones de una persona resultan en costos adicionales o innecesarios para MVBCN o para el OHP. La persona puede ser un proveedor de servicios, un cliente o un consumidor. Estos son algunos ejemplos de abuso:

- Un proveedor que proporciona tratamientos o servicios adicionales a los que realmente necesita persona según su condición médica
- Un proveedor que proporciona tratamientos o servicios que no cumplen con los estándares profesionales

- Una persona que acude a la sala de emergencias para recibir servicios que no son de emergencia

Cómo Reportar un Acto de Fraude, Malgasto o Abuso. Queremos saber de cualquier posible acto de fraude o abuso que pudiera estar cometiendo alguna agencia que recibe dinero nuestro. También queremos saber sobre cualquier posible acto de fraude o abuso cometido por personas inscritas en el seguro del OHP.

Si usted sospecha o tiene conocimiento de cualquier acto de fraude o abuso, le pedimos que lo reporte de la siguiente manera:

- Comuníquese con nosotros al teléfono sin costo 1-866-370-5525
- Llene nuestro "Formulario para Reportar Posibles Actos de Fraude, Malgasto o Abuso"
 - Usted puede obtener este formulario de cualquiera de nuestras agencias que proporcionan un tratamiento. También puede obtener este formulario en nuestro sitio web: www.mvbcn.org/fraud
 - Las instrucciones de envío del formulario se encuentran al reverso del mismo

Si usted reporta un acto de fraude o abuso, por favor proporcione información específica en la medida de lo posible.

No podemos proporcionar información sobre el estatus de un reporte de fraude, malgasto o abuso. Tampoco podemos proporcionar información sobre las conclusiones de un reporte de este tipo. Es posible que compartamos la información sobre un acto de fraude, malgasto o abuso (ya sea presunto o real) con el DHS y con otras agencias de gobierno. Este es un requisito de las leyes federales y estatales.

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO EXPLICA COMO PODRIAMOS UTILIZAR Y COMPARTIR LA INFORMACION SOBRE SU SALUD. TAMBIEN LE PERMITE CONOCER SUS DERECHOS. POR FAVOR LEA ESTE AVISO CON CUIDADO.

Fecha de vigencia original: 14 de abril del 2003

Fecha de revisión: 27 de octubre del 2009

Mid-Valley Behavioral Care Network (MVBCN) es un plan de atención administrada que presta servicios de salud mental. Proporcionamos estos servicios para la mayoría de las personas aseguradas bajo el Plan de Salud de Oregon (OHP) que viven en cinco condados de Oregon. Estos condados son Linn, Marion, Polk, Tillamook y Yamhill. Sabemos que es privada la información sobre la salud que utilizamos para prestar estos servicios. Las leyes federales y estatales requieren que protejamos esta información. En este Aviso, a esta información se le conoce como "información de salud protegida" o ISP (en inglés PHI).

Este Aviso dice cómo podríamos usar y compartir su ISP y le informa sobre su derechos. Esto no incluye todas las situaciones en las que pudiéramos usar o compartir su ISP. Le enviaremos un Aviso nuevo si hay algún cambio de consideración en la forma como manejamos su ISP. Aplicaremos el Aviso vigente al momento de utilizar o compartir su ISP.

Es posible que usted reciba un Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Servicios Humanos de Oregon. Usted también podría recibir otros Avisos de los planes de atención administrada involucrados en su atención médica. También es posible que usted reciba Avisos de los proveedores de servicios que participen en su atención médica. Estos avisos le informarán sobre el uso y la divulgación de su ISP en relación con los servicios que ellos administran o prestan. Los Avisos también le informarán sobre sus derechos relacionados con su ISP en relación con los servicios que ellos administran o prestan.

COMO PODRIAMOS UTILIZAR Y COMPARTIR SU INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Las leyes federales y estatales conceden una protección y privacidad especial a ciertos tipos de ISP, incluyendo: información acerca de tratamientos de salud mental, tratamiento para las drogas y el alcohol, exámenes de VIH/SIDA, abuso y negligencia infantil, agresiones sexuales y exámenes genéticos. No podemos compartir esta información sin su autorización por escrito, excepto cuando la ley así lo requiera.

Es posible que utilicemos su ISP *sin su autorización* para nuestras propias operaciones de atención médica, tratamientos y pagos. A continuación se enlistan algunos ejemplos de cómo podríamos usar su ISP para estas actividades:

- **Tratamiento.** Es posible que utilicemos su ISP para ayudar a su proveedor en su diagnóstico y tratamiento. Por ejemplo, podríamos usar su ISP para ayudar a su proveedor a encontrar tratamientos o programas alternativos en su beneficio.
- **Pagos.** Es posible que utilicemos su ISP para pagar los servicios que usted reciba. Por ejemplo, podríamos usar su ISP para verificar si usted cuenta con una cobertura de seguro del OHP y para pagar las facturas de su proveedor de servicios.
- **Operaciones de Atención Médica.** Es posible que utilicemos su ISP para llevar a cabo nuestras responsabilidades administrativas. Por ejemplo, podríamos usar su ISP para estudiar la calidad de nuestros servicios. También podríamos usar su ISP por cuestiones de servicio al cliente. Por ejemplo, es posible que utilicemos su ISP para referirlo a un proveedor de servicios o para responder a cualquier duda que usted tenga sobre su seguro del OHP.

A continuación enlistamos otras situaciones en las cuales podríamos utilizar o compartir su ISP *sin su autorización*:

- **Cuando la Ley lo Requiera.** Tenemos la obligación de usar y compartir su ISP cuando la ley así lo requiera.
- **Parientes, Amigos y Otros Representantes.** Podríamos compartir su ISP con aquellos parientes, amigos y/o representantes legales o personales que usted haya acordado estén involucrados en su atención.
- **Actividades de Salud Pública.** Podríamos utilizar o compartir su ISP con las agencias de salud pública por *motivos tales como la prevención o el control de enfermedades, lesiones o discapacidades.*
- **Investigaciones y Reportes de Abuso.** Tenemos la obligación de compartir su ISP con las agencias gubernamentales en caso de que sospechemos o tengamos conocimiento de actos de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar.

- **Actividades de Monitoreo de Salud.** Podríamos compartir su ISP con las agencias de monitoreo gubernamentales para la realización de actividades autorizadas por la ley.
- **Procedimientos Legales.** Estamos obligados a compartir su ISP bajo orden de la corte o para otros procedimientos legales.
- **Aplicación de la Ley.** Podríamos compartir su ISP en situaciones limitadas para la aplicación de la ley en respuesta a una orden judicial, para identificar o ubicar a un sospechoso o para proveer información acerca de las víctimas de un delito.
- **Investigación.** Podríamos compartir información acerca de nuestros miembros para propósitos de investigación, pero esta información no identifica a algún individuo en particular.
- **Para Evitar Lesiones.** Podríamos compartir su ISP bajo ciertas limitaciones cuando sea necesario a fin de prevenir una lesión grave a su persona, a otras personas o al público.

En el caso de otras situaciones no enlistadas en este Aviso, es posible que tengamos que solicitar su autorización por escrito antes de usar o compartir su ISP. Usted puede cancelar dicha autorización en cualquier momento. No podemos retirar la información que hayamos usado o compartido con su autorización.

SUS DERECHOS

Usted tiene ciertos derechos en relación con la ISP que mantenemos sobre usted:

- **Derecho de Inspeccionar y Fotocopiar.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y recibir fotocopias de su ISP. Esta petición debe hacerse por escrito. Su solicitud podría ser negada si determinamos que la información pudiera ser dañina para usted o para otros. Es posible que usted tenga que pagar una cuota razonable para cubrir los gastos relacionados con su petición. *Su expediente médico es administrado por su proveedor de servicios médicos, no por nosotros. Usted tiene el derecho de inspeccionar y recibir fotocopias de la ISP que su proveedor mantiene sobre usted. Esta petición debe hacerse por escrito. El Aviso de Prácticas de Privacidad de su proveedor incluye el uso y la divulgación de su ISP. Dicho Aviso también cubre los derechos que usted tiene en relación con los servicios de atención médica provistos por el proveedor.*
- **Derecho de Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en relación con el uso y la divulgación de su ISP. Esto incluye la divulgación de su ISP a aquellos parientes, amigos y demás personas que usted haya acordado estén involucrados en su atención. Esta petición debe hacerse por escrito. No estamos obligados a cumplir con las restricciones que usted solicite.
- **Derecho de Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho de recibir su ISP a través de un medio alternativo razonable o en una ubicación alternativa. Esta petición debe hacerse por escrito. No estamos obligados a cumplir con las restricciones que usted solicite.
- **Derecho de Solicitar Modificaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar la modificación de su ISP si considera que existe algún error o que está incompleta. Esta petición debe hacerse por escrito y usted debe indicar el motivo de su solicitud. No estamos obligados a modificar su ISP. No podemos modificar aquella información que no hayamos creado.
- **Derecho de Recibir una Notificación sobre la Divulgación de su ISP.** Usted tiene el derecho de recibir una lista de las ocasiones en las que hayamos utilizado o divulgado su ISP. Dicha lista no incluirá:

- La ISP divulgada antes del 14 de abril del 2003;
- La ISP utilizada para nuestras propias operaciones de atención médica, tratamientos y pagos;
- La ISP que compartamos con usted o con su representante legal o personal;
- La ISP que divulguemos bajo su autorización por escrito; y
- La ISP que hayamos utilizado o divulgado en cumplimiento de la ley si determinamos que la inclusión de esta información podría ser dañino para usted o para otros.

Esta petición debe hacerse por escrito y usted debe especificar un periodo de tiempo de hasta 6 años. Le proporcionaremos una lista sin costo alguno cada periodo de 12 meses y posteriormente es posible que le cobremos una cuota razonable si solicita listas adicionales durante el mismo periodo de 12 meses.

- **Derecho de Obtener una Copia Impresa.** Usted tiene el derecho de recibir en cualquier momento una copia impresa de este Aviso. Si desea obtener una copia impresa, póngase en contacto con nuestra agencia en la dirección o el número telefónico enlistado a continuación.

Usted puede ponerse en contacto con nosotros en la dirección o el número telefónico que aparece a continuación para ejercer cualquiera de estos derechos.

Si nosotros negamos cualquier solicitud que usted haga en ejercicio de éstos derechos, le enviaremos una carta para explicarle el motivo por el cual su solicitud fue negada y le indicaremos cómo puede solicitar una revisión de esta decisión. Usted también recibirá información sobre cómo presentar una queja.

Mid-Valley Behavioral Care Network

Atención: Encargado de Privacidad

1660 Oak Street SE, Suite 230

Salem, Oregon 97301

Teléfono: ● En Salem, llame al 503-361-2647

● Fuera de Salem, llame al 1-888-315-6822 (solicite que lo comuniquen a la oficina de MVBCN)

Fax: 503-585-4989

El Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones de Oregon en Español:

1-800-735-3896

COMO REPORTAR UN PROBLEMA O PRESENTAR UNA QUEJA

Si usted tiene alguna inquietud acerca de este Aviso o acerca de la forma en que se maneja su ISP, puede ponerse en contacto con nosotros a la dirección o al teléfono que aparece a continuación:

Mid-Valley Behavioral Care Network

Atención: Quejas

1660 Oak Street SE, Suite 230

Salem, Oregon 97301

Teléfono: ● En Salem, llame al 503-361-2647

- Fuera de Salem, llame al 1-888-315-6822 (solicite que lo comuniquen a la oficina de MVBCN)

Fax: 503-585-4989

El Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones de Oregon en Español:
1-800-735-3896

Usted no recibirá un trato malo o irrespetuoso si decide presentar una queja. Usted puede presentar una queja de manera verbal o por escrito. Usted puede utilizar el Formulario de Queja del OHP que se incluye en su Manual para Miembros de MVBCN. También puede ponerse en contacto con la oficina de MVBCN a la dirección o al teléfono anteriormente enlistado.

Si usted considera que sus derechos a la privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Usted puede ponerse en contacto con nosotros a la dirección o al número telefónico anteriormente enlistado para obtener mayor información.

Definiciones

Acción:

- (1) La negación o autorización limitada de un servicio solicitado, incluyendo el tipo o nivel de servicio;
- (2) La reducción, suspensión o cancelación de un servicio previamente autorizado;
- (3) La negación del pago de un servicio, ya sea en parte o en su totalidad;
- (4) La omisión o incapacidad de proporcionar servicios de manera oportuna, según la definición del Estado;
- (5) La incapacidad de una organización de atención administrada (MCO) o de un plan de salud prepagado para pacientes internos (PIHP) para actuar dentro de los tiempos límite establecidos en §438.408(b); ó
- (6) En el caso de los residentes de áreas rurales que únicamente tienen una organización de atención administrada (MCO), la negación de una solicitud presentada por una persona afiliada al Medicaid a fin de ejercer sus derechos para obtener servicios fuera de la red, según §438.52(b)(2)(ii).

Audiencia Administrativa: Una audiencia ante el DHS que se lleva a cabo bajo solicitud de un Miembro del OHP en relación con una Acción, incluyendo la negación, reducción o cancelación de los beneficios. Los Miembros del OHP también pueden solicitar una audiencia cuando consideren que su demanda de servicios no ha sido atendida oportunamente o en caso de que crean que su plan de atención administrada ha tomado una acción errónea.

Apelación: Una solicitud de revisión de una Acción, según se define en esta sección. *Para obtener mayor información, consulte las páginas 11-14 de este manual.*

Queja: Una manera formal de informar a su plan de salud mental, proveedor o agencia de tratamiento sobre algún problema o inquietud que usted tenga. Usted puede presentar una queja en relación con cualquier asunto, excepto una Acción. *Para obtener mayor información, consulte las páginas 9-10 de este manual.*

Consumidor: Una persona que recibe servicios para el cuidado de la salud.

Carta de Cobertura: Un documento de tamaño carta enviado por el OHP, mismo que enlista la identificación y el número telefónico del trabajador del DHS que le ha sido asignado, su paquete de beneficios, los requerimientos de co-pago y la inscripción al plan de atención administrada. Este documento enlista esta información para todos los miembros de su hogar que cuenten con un seguro del OHP.

Servicios de Crisis o Situación de Crisis: Son aquellos servicios que una persona necesita recibir rápidamente de modo que la situación no se convierta en una emergencia.

Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services o DHS): La agencia de servicios humanos y de salud del estado de Oregon.

Identificación de Atención Médica del DHS: Un documento del tamaño de una tarjeta de presentación enviado por el OHP, mismo que contiene su nombre, su número de identificación y la fecha de emisión de la tarjeta. Cada uno de los miembros de su hogar que cuenta con un seguro del OHP recibirá su propia tarjeta de identificación.

Trabajador del DHS: Un miembro del personal de DHS que le ha sido asignado para responder a sus dudas.

División de Programas de Asistencia Médica (Division of Medical Assistance Programs o DMAP): La oficina del DHS que administra el Plan de Salud de Oregon y otros programas de asistencia para la salud en Oregon.

Tratamiento para las Drogas y el Alcohol: Los servicios para tratar el uso o el abuso de las drogas y/o el alcohol.

Servicios de Emergencia o Situación de Emergencia: Los servicios que una persona necesita de inmediato para evitar una lesión o un daño severo. Si la persona es una mujer embarazada, esto también incluye aquellos servicios destinados a la protección del bebé por nacer.

Servicios Limitados: Los servicios cubiertos por el OHP únicamente en ciertas situaciones o para un propósito específico.

Plan de Atención Administrada: La(s) organización(es) con la(s) cual(es) usted está inscrito para la administración de sus servicios médicos, dentales y/o de salud mental bajo el OHP.

Miembro: Una persona inscrita en un plan de atención administrada.

Plan Médico: Un plan de atención administrada que provee y coordina servicios médicos para sus miembros.

Plan de Salud Mental: Un plan de atención administrada que provee y coordina servicios de salud mental para sus miembros.

Servicios de Salud Mental: Servicios o tratamientos para los trastornos mentales o emocionales.

Servicios No Cubiertos o Excluidos: Los servicios que no están cubiertos por el OHP.

Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan u OHP): El programa del estado de Oregon diseñado para proveer asistencia y cuidados médicos para ciertas personas de bajos ingresos.

Servicios Post-Estabilización: Los servicios provistos después de que ha pasado una emergencia. Estos servicios son para ayudar a la persona a permanecer estable o para mejorar su situación de salud mental.

Proveedor: Una persona calificada que provee servicios de atención médica.

Servicios de Rutina: Los servicios que recibe una persona cuando no se trata de una emergencia o una situación de crisis.

Area de Servicio: Un área de cinco condados en la cual MVBCN es el plan de salud mental para la mayoría de los miembros del OHP. Esta área incluye los condados de Linn, Marion, Polk, Tillamook y Yamhill.

Agencia de Tratamiento: Una oficina en la cual se localizan varios proveedores.

Servicios Urgentes o Situación de Urgencia: Son aquellos servicios que una persona necesita recibir rápidamente de modo que la situación no se convierta en una emergencia.

Lista de Proveedores *Agencias para el Tratamiento de la Salud Mental*

Condado de Linn

ALBANY

Servicios de Salud Mental del Condado de Linn – Programa Ambulatorio para Adultos

Ubicación de la oficina:	445 Third Ave. SW	Teléfono: 541-967-3866
Dirección postal:	PO Box 100	Teléfono sin costo: 1-800-304-7468
	Albany, OR 97321	<i>El Servicio de Retransmisión en Español: 1-800-735-3896</i>

Servicios para adultos de 18 años de edad y mayores

Servicios disponibles en inglés y español; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Horario de oficina: 8:30 am – 5:00 pm los lunes, miércoles, jueves y viernes
8:30 am – 6:15 pm los martes

Sitio en Internet: www.co.linn.or.us/Health/mental_health/mh.htm

Servicios de Salud Mental del Condado de Linn – Programa Ambulatorio para Niños

Ubicación de la oficina: 425 2nd Ave. SW, Teléfono: 541-967-3866
Suite 101 Teléfono sin costo: 1-800-304-7468
Dirección postal: PO Box 100 *El Servicio de Retransmisión en*
Albany, OR 97321 *Español: 1-800-735-3896*

Servicios para niños y jóvenes de hasta 18 años de edad

Servicios disponibles en inglés y español; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Horario de oficina: 8:30 am – 5:00 pm los lunes, miércoles, jueves y viernes
8:30 am – 7:00 pm los martes
Cerrado del mediodía a la 1:00 pm de lunes a viernes

Sitio en Internet: www.co.linn.or.us/Health/mental_health/mh.htm

LEBANON**Servicios de Salud Mental del Condado de Linn**

Ubicación de la oficina: 1600 S. Main Teléfono: 541-451-5932
Dirección postal: 1600 S. Main Teléfono sin costo: 1-888-451-2631
Lebanon, OR 97355 *El Servicio de Retransmisión en*
Español: 1-800-735-3896

Servicios para niños, jóvenes y adultos

Servicios disponibles en inglés y español; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Horario de oficina: 8:30 am – 5:00 pm de lunes a viernes
Cerrado del mediodía a la 1:00 pm de lunes a viernes

Sitio en Internet: www.co.linn.or.us/Health/mental_health/mh.htm

SWEET HOME**Servicios de Salud Mental del Condado de Linn**

Ubicación de la oficina: 799 E. Long St. Teléfono: 541-367-3888
Dirección postal: 799 E. Long St. Teléfono sin costo: 1-800-920-7571
Sweet Home, OR 97386 *El Servicio de Retransmisión en*
Español: 1-800-735-3896

Servicios para niños, jóvenes y adultos

Servicios disponibles en inglés y español; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Horario de oficina: 8:30 am – 5:00 pm de lunes a jueves
8:30 am – 5:00 pm cada segundo viernes
Cerrado del mediodía a la 1:00 pm de lunes a viernes

Sitio en Internet: www.co.linn.or.us/Health/mental_health/mh.htm

Condado de Marion

Si usted vive en el Condado de Marion: Usted puede obtener ayuda para seleccionar una agencia llamando a los Servicios Comunitarios y de Proveedores del Condado de Marion (CaPS) al teléfono 503-585-4977.

SALEM

Bridgeway Recovery Services, Inc.

Ubicación de la oficina: 3325 Harold Dr. NE Teléfono: 503-363-2021

Dirección postal: PO Box 17818
Salem, OR 97305

Servicios para adultos de 18 años de edad y mayores

Servicios disponibles en inglés y español; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Horario de oficina: 8:00 am – 8:00 pm de lunes a viernes
8:00 am – 5:00 pm los sábados

Children's Therapy Center, un Programa de Easter Seals Oregon

Ubicación de la oficina: 290 Moyer Lane NW Teléfono: 503-370-8990

Dirección postal: PO Box 5193
Salem, OR 97304

Servicios para niños y jóvenes de hasta 18 años de edad

Servicios disponibles en inglés y español; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Horario de oficina: 8:00 am – 6:30 pm de lunes a jueves
8:00 am – 5:00 pm los viernes

Sitio en Internet: www.or.easterseals.com

Community Counseling Center (Catholic Community Services)

Ubicación de la oficina: 3737 Portland Rd. NE Teléfono: 503-390-2600

Dirección postal: PO Box 20400
Salem, OR 97307

Servicios para niños y jóvenes de hasta 17 años de edad y sus familias

Algunos servicios también se ofrecen en los hogares y en otras ubicaciones

Servicios disponibles en inglés; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Horario de oficina: 8:00 am – 6:00 pm de lunes a viernes

Sitio en Internet: www.goccs.org/communitycounseling.html

New Perspectives Center for Counseling and Therapy

Ubicación de la oficina: 1675 Winter St. NE Teléfono: 503-585-0351
 Dirección postal: 1675 Winter St. NE
 Salem, OR 97301

Servicios para niños, jóvenes y adultos

Servicios también provistos en otra oficina del Centro New Perspectives en Salem mediante una cita Únicamente

Algunos servicios provistos en el consultorio particular del proveedor del servicio

Servicios disponibles en inglés; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Horario de oficina: 8:30 am – 5:00 pm de lunes a viernes

Sitio en Internet: www.viser.net/newper

Northwest Human Services – Connection Program

Ubicación de la oficina: 1245 Edgewater St. NW Teléfono: 503-588-5816
 Dirección postal: 1245 Edgewater St. NW *El Servicio de Retransmisión en Español: 1-800-735-3896*
 Salem, OR 97304

Servicios disponibles para niños, jóvenes y adultos con sordera u otra dificultad auditiva o para parientes de una persona con sordera u otra dificultad auditiva

Servicios disponibles en el lenguaje de señas norteamericano y por medio de una retransmisión en video

Horario de oficina: 8:30 am – 5:00 pm de lunes a viernes

Sitio en Internet: www.northwesthumanservices.org

Northwest Human Services – Homeless Outreach and Advocacy Project (HOAP)

Ubicación de la oficina: 694 Church St. NE Teléfono: 503-588-5827
 Dirección postal: 694 Church St. NE
 Salem, OR 97301

Servicios para adultos sin hogar de 18 años de edad y mayores que padezcan de una enfermedad mental severa

Servicios disponibles en inglés; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Horario de oficina: 9:00 am – 4:00 pm de lunes a viernes

Sitio en Internet: www.northwesthumanservices.org

Northwest Human Services – West Salem Clinic Mental Health

Ubicación de la oficina: 1245 Edgewater St. NW Teléfono: 503-588-5816
 Dirección postal: 1245 Edgewater St. NW
 Salem, OR 97304

Servicios para niños, jóvenes y sus familias, además de adultos

Servicios disponibles en inglés y español; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Horario de oficina: 8:30 am – 5:00 pm de lunes a viernes

Sitio en Internet: www.northwesthumanservices.org

Options Counseling Services of Oregon, Inc.

Ubicación de la oficina: 3000 Market St. NE, Teléfono: 503-390-5637
Suite 530

Dirección postal: 3000 Market St. NE, Suite 530
Salem, OR 97301

Servicios para niños, jóvenes y sus familias

Servicios disponibles en inglés y español; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Horario de oficina: 8:30 am – 7:00 pm de lunes a viernes

Sitio en Internet: www.options.org

Valley Mental Health

Ubicación de la oficina: 821 Saginaw St. S. Teléfono: 503-589-4046

Dirección postal: 821 Saginaw St. S.
Salem, OR 97302

Servicios para niños, jóvenes y adultos

La mayoría de los servicios se proveen en el consultorio privado del proveedor del servicio en Salem

Servicios disponibles en inglés y español; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Horario de oficina 9:00 am – 4:30 pm de lunes a jueves

administrativa: 9:00 am – 4:00 pm los viernes

Cada proveedor individual tiene sus propias horas de oficina.

Sitio en Internet: www.valleymental.com

SILVERTON**Departamento de Salud del Condado de Marion – Salud del Comportamiento para Niños**

Ubicación de la oficina: 442 McClaine St. Teléfono: 503-588-5352

Dirección postal: 442 McClaine St. TTY: 503-585-4905

Silverton, OR 97381

El Servicio de Retransmisión en Español: 1-800-735-3896

Servicios para niños y jóvenes de hasta 18 años de edad

Servicios disponibles en inglés; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Horario de oficina: 10:00 am – 5:00 pm los lunes

8:00 am – 5:00 pm los martes y viernes

Sitio en Internet: www.co.marion.or.us/HLT/MH/cmh.htm

WOODBURN***Departamento de Salud del Condado de Marion – Salud del Comportamiento para Adultos***

Ubicación de la oficina: 976 N. Pacific Highway Teléfono: 503-981-5851
 Dirección postal: 976 N. Pacific Highway *El Servicio de Retransmisión en*
 Woodburn, OR 97071 *Español: 1-800-735-3896*

Servicios para adultos de 18 años de edad y mayores
 Servicios disponibles en inglés; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Horario de oficina: 8:30 am – 5:00 pm los lunes y viernes

Sitio en Internet: www.co.marion.or.us/HLT/MH/adultmentalhealth.htm

Departamento de Salud del Condado de Marion – Salud del Comportamiento para Niños

Ubicación de la oficina: 976 N. Pacific Highway Teléfono: 503-981-5851
 Dirección postal: 976 N. Pacific Highway *El Servicio de Retransmisión en*
 Woodburn, OR 97071 *Español: 1-800-735-3896*

Servicios para niños y jóvenes de hasta 18 años de edad
 Servicios disponibles en inglés; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Horario de oficina: 8:30 am – 5:00 pm de lunes a viernes

Sitio en Internet: www.co.marion.or.us/HLT/MH/cmh.htm

Condado de Polk**DALLAS*****Servicios Humanos del Condado de Polk – Servicios de Salud Mental para Adultos***

Ubicación de la oficina: 182 SW Academy, Teléfono: 503-623-9289
 Suite 304 *El Servicio de Retransmisión en*
 Dirección postal: 182 SW Academy, *Español: 1-800-735-3896*
 Suite 304
 Dallas, OR 97338

Servicios para adultos de 18 años de edad y mayores
 Servicios disponibles en inglés; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Horario de oficina: 8:00 am – 5:00 pm de lunes a viernes

Sitio en Internet: www.co.polk.or.us/Mental_Health

Servicios Humanos del Condado de Polk – Servicios de Salud Mental para Niños

Ubicación de la oficina: 182 SW Academy, Suite 322 Teléfono: 503-831-5970
 Dirección postal: 182 SW Academy, Suite 322 *El Servicio de Retransmisión en Español: 1-800-735-3896*
 Dallas, OR 97338

Servicios para niños y jóvenes de hasta 18 años de edad
 Servicios disponibles en inglés; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Horario de oficina: 8:00 am – 5:00 pm de lunes a viernes
Cerrado del mediodía a la 1:00 pm de lunes a viernes

Sitio en Internet: www.co.polk.or.us/Mental_Health

Condado de Tillamook**TILLAMOOK****Tillamook Family Counseling Center**

Ubicación de la oficina: 906 Main Ave. Teléfono: 503-842-8201
 Dirección postal: 906 Main Ave. Teléfono sin costo: 1-800-962-2851
 Tillamook, OR 97141 *El Servicio de Retransmisión en Español: 1-800-735-3896*

Servicios para niños, jóvenes y adultos
 Servicios disponibles en inglés y español; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Horario de oficina: 8:30 am – 8:00 pm de lunes a jueves
 8:30 am – 5:00 pm los viernes

Sitio en Internet: www.tfcc.org

Condado de Yamhill**McMINNVILLE****Lutheran Community Services Northwest**

Ubicación de la oficina: 819 N. Hwy. 99W, Suite B Teléfono: 503-472-4020
 Dirección postal: 819 N. Hwy. 99W, Suite B
 McMinnville, OR 97128

A partir del 1 de noviembre del 2009, la nueva ubicación y dirección postal de esta oficina es:

Ubicación de la oficina: 617 NE Davis St.
 Dirección postal: 617 NE Davis St.
 McMinnville, OR 97128

Servicios para niños y jóvenes de hasta 18 años de edad
 Servicios disponibles en inglés; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Horario de oficina: 8:00 am – 5:00 pm de lunes a viernes

Sitio en Internet: www.lcsnw.org

Servicios Humanos y de Salud del Condado de Yamhill – Programa Abacus

Ubicación de la oficina: 625 NE Galloway St. Teléfono: 503-434-7523
 Dirección postal: 627 NE Evans St. 503-554-7825 en Newberg
 McMinnville, OR 97128 503-662-4233 en Yamhill
El Servicio de Retransmisión en Español: 1-800-735-3896

Servicios para adultos de 18 años de edad y mayores que padezcan de una enfermedad mental severa
 Servicios disponibles en inglés; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Horario de oficina: 8:30 am – 5:00 pm de lunes a viernes

Sitio en Internet: www.co.yamhill.or.us/hhs

Servicios Humanos y de Salud del Condado de Yamhill – Programa de Salud Mental para Adultos

Ubicación de la oficina: 627 NE Evans St. Teléfono: 503-434-7523
 Dirección postal: 627 NE Evans St. 503-554-7825 en Newberg
 McMinnville, OR 97128 503-662-4233 en Yamhill
El Servicio de Retransmisión en Español: 1-800-735-3896

Servicios para adultos de 18 años de edad y mayores
 Servicios disponibles en inglés y español; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Horario de oficina: 8:30 am – 5:00 pm de lunes a viernes

Sitio en Internet: www.co.yamhill.or.us/hhs

Servicios Humanos y de Salud del Condado de Yamhill – Programas para Familias y Jóvenes

Ubicación de la oficina: 420 NE 5th St. Teléfono: 503-434-7462
 Dirección postal: 420 NE 5th St. 503-538-7302 en Newberg
 McMinnville, OR 97128 503-662-4233 en Yamhill
El Servicio de Retransmisión en Español: 1-800-735-3896

Servicios para niños y jóvenes de hasta 18 años de edad
 Servicios disponibles en inglés y español; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete
 Algunos servicios vespertinos están disponibles mediante una cita únicamente

Horario de oficina: 8:30 am – 5:00 pm de lunes a viernes

Sitio en Internet: www.co.yamhill.or.us/hhs

NEWBERG**Servicios Humanos y de Salud del Condado de Yamhill**

Servicios provistos en Newberg mediante una cita únicamente. Póngase en contacto con la oficina de McMinnville para recibir información sobre cada programa: Programa de Salud Mental para Adultos al 503-434-7523 y Programas para Familias y Jóvenes al 503-434-7462.

WILLAMINA***Servicios Humanos y de Salud del Condado de Yamhill – Programas para Familias y Jóvenes***

Servicios provistos en Willamina mediante una cita únicamente. Póngase en contacto con la oficina de Programas para Familias y Jóvenes en McMinnville para recibir mayor información: 503-434-7462.

Lista de Proveedores *Agencias para el Tratamiento de las Drogas y el Alcohol***Condado de Linn****ALBANY*****Programa de Tratamiento para las Drogas y el Alcohol del Condado de Linn***

Ubicación de la oficina:	104 4 th Ave. SW	Teléfono: 541-967-3819
Dirección postal:	PO Box 100 Albany, OR 97321	Teléfono sin costo: 1-800-304-7468 <i>El Servicio de Retransmisión en Español: 1-800-735-3896</i>

Servicios para jóvenes y adultos

Servicios disponibles en inglés; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Algunos servicios están disponibles en horarios inhábiles en base a las necesidades del usuario

Acepta a los miembros del OHP que participan en la Red de Salud Inter-Comunitaria y a los miembros del OHP que no tienen un plan médico; póngase en contacto con la agencia para obtener información actualizada

Horario de oficina: 8:30 am – 5:00 pm de lunes a viernes

Sitio en Internet: www.co.linn.or.us/Health/alcohol_drug/ad.htm

LEBANON***Programa de Tratamiento para las Drogas y el Alcohol del Condado de Linn***

Servicios para adultos; algunos servicios están disponibles para jóvenes. Se cuenta con servicio de transporte a Lebanon o Albany para los grupos de adultos y jóvenes (después de la admisión). Póngase en contacto con la oficina de Albany para obtener mayor información.

SWEET HOME***Programa de Tratamiento para las Drogas y el Alcohol del Condado de Linn***

Algunos servicios disponibles para jóvenes. Se cuenta con servicio de transporte a Lebanon o Albany para los grupos de adultos y jóvenes (después de la admisión). Póngase en contacto con la oficina de Albany para obtener mayor información.

Condado de Marion

KEIZER

Clear Paths, Inc.

Ubicación de la oficina: 3795 N. River Rd. Teléfono: 503-304-7002
Suite A

Dirección postal: 3795 N. River Rd. Suite A
Keizer, OR 97303

Servicios para jóvenes, adultos y sus familias

Servicios disponibles en inglés; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Acepta a los miembros del OHP con el Plan de Salud Comunitario de Marion-Polk y a los miembros del OHP sin un plan médico; póngase en contacto con la agencia para obtener información actualizada

Horario de oficina: 8:30 am – 7:00 pm de lunes a jueves
8:30 am – 5:00 pm los viernes

SALEM

Bridgeway Recovery Services, Inc.

Ubicación de la oficina: 3325 Harold Dr. NE Teléfono: 503-363-2021

Dirección postal: PO Box 17818
Salem, OR 97305

Servicios para jóvenes y adultos

Servicios disponibles en inglés y español; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Acepta a los miembros del OHP con el Plan de Salud Comunitario de Marion-Polk y a los miembros del OHP sin un plan médico; póngase en contacto con la agencia para obtener información actualizada

Horario de oficina: 8:00 am – 8:00 pm de lunes a viernes
8:00 am – 5:00 pm los sábados

Departamento de Salud del Condado de Marion – Tratamiento para las Drogas

Ubicación de la oficina: 2035 Davcor St. SE Teléfono: 503-588-5358

Dirección postal: 2035 Davcor St. SE
Salem, OR 97302

Servicios para adultos de 18 años de edad y mayores que tengan una adicción a los opiáceos

Servicios disponibles en inglés y español; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Acepta a los miembros del OHP que participan en la Red de Salud Inter-Comunitaria y a los miembros del Plan de Salud Comunitario de Marion-Polk; póngase en contacto con la agencia para obtener información actualizada

Horario de oficina: 6:00 am – 2:00 pm de lunes a viernes

Departamento de Salud del Condado de Marion – Tratamiento sobre las Drogas para Jóvenes y Adolescentes

Ubicación de la oficina: 2421 Lancaster Dr. NE Teléfono: 503-588-5352
 Dirección postal: 2421 Lancaster Dr. NE TTY: 503-585-4905
 Salem, OR 97305 *El Servicio de Retransmisión en Español: 1-800-735-3896*

Servicios para jóvenes y adolescentes de 12 a 17 años de edad
 Servicios disponibles en inglés y español; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete
 Acepta a los miembros del OHP que participan en la Red de Salud Inter-Comunitaria y a los miembros del Plan de Salud Comunitario de Marion-Polk; póngase en contacto con la agencia para obtener información actualizada

Horario de oficina: 9:00 am – 5:00 pm los lunes y miércoles
 9:00 am – 6:30 pm los martes y jueves
 9:00 am – 1:30 pm los viernes

New Step (Catholic Community Services)

Ubicación de la oficina: 3737 Portland Rd. NE Teléfono: 503-390-2600
 Dirección postal: PO Box 20400
 Salem, OR 97307

Servicios para jóvenes, adultos y sus familias
 Servicios disponibles en inglés y español; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete
 Acepta a los miembros del OHP con el Plan de Salud Comunitario de Marion-Polk o CareOregon y a los miembros del OHP sin un plan médico; póngase en contacto con la agencia para obtener información actualizada

Horario de oficina: 8:00 am – 8:00 pm de lunes a viernes
 Sitio en Internet: www.goccs.org/newstepaddiction.html

Condado de Polk**DALLAS****Servicios para Adicciones del Condado de Polk**

Ubicación de la oficina: 182 SW Academy, Teléfono: 503-831-5971
 Suite 304 *El Servicio de Retransmisión en Español: 1-800-735-3896*
 Dirección postal: 182 SW Academy,
 Suite 304
 Dallas, OR 97338

Servicios para jóvenes y adultos
 Servicios disponibles en inglés y español; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete
 Acepta a los miembros del OHP con el Plan de Salud Comunitario de Marion-Polk y a los miembros del OHP sin un plan médico; póngase en contacto con la agencia para obtener información actualizada

Horario de oficina: 8:00 am – 7:30 pm de lunes a viernes
 Sitio en Internet: www.co.polk.or.us/Mental_Health

Condado de Tillamook

TILLAMOOK

Tillamook Family Counseling Center

Ubicación de la oficina: 906 Main Ave. Teléfono: 503-842-8201
 Dirección postal: 906 Main Ave. Teléfono sin costo: 1-800-962-2851
 Tillamook, OR 97141 *El Servicio de Retransmisión en Español: 1-800-735-3896*

Servicios para jóvenes y adultos

Servicios disponibles en inglés y español; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Acepta a los miembros del OHP que no cuentan con un plan médico del OHP; póngase en contacto con la agencia para obtener información actualizada

Horario de oficina: 8:30 am – 8:00 pm de lunes a jueves
 8:30 am – 5:00 pm los viernes

Sitio en Internet: www.tfcc.org

Condado de Yamhill

McMINNVILLE

Programa para Adultos con Dependencia a las Sustancias Químicas del Condado de Yamhill

Ubicación de la oficina: 627 NE Evans St. Teléfono: 503-434-7527
 Dirección postal: 627 NE Evans St. 503-538-7302 en Newberg
 McMinnville, OR 97128 503-662-4233 en Yamhill
El Servicio de Retransmisión en Español: 1-800-735-3896

Servicios para adultos

Servicios disponibles en inglés y español; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Algunos servicios vespertinos y en fin de semana están disponibles mediante una cita únicamente

Acepta a los miembros del OHP en el Condado de Yamhill que no cuentan con un plan médico; póngase en contacto con la agencia para obtener información actualizada

Horario de oficina: 8:30 am – 5:00 pm de lunes a viernes

Sitio en Internet: www.co.yamhill.or.us/hhs

Servicios Humanos y de Salud del Condado de Yamhill – Programas para Familias y Jóvenes

Ubicación de la oficina: 420 NE 5th St. Teléfono: 503-434-7462
Dirección postal: 420 NE 5th St. 503-538-7302 en Newberg
McMinnville, OR 97128 503-662-4233 en Yamhill
El Servicio de Retransmisión en Español: 1-800-735-3896

Servicios para jóvenes de hasta 18 años de edad

Servicios disponibles en inglés y español; servicios en otros idiomas disponibles mediante un intérprete

Algunos servicios vespertinos están disponibles mediante una cita únicamente

Acepta a los miembros del OHP que no cuentan con un plan médico; póngase en contacto con la agencia para obtener información actualizada

Horario de oficina: 8:30 am – 5:00 pm de lunes a viernes

Sitio en Internet: www.co.yamhill.or.us/hhs

NEWBERG***Programa para Adultos con Dependencia a las Sustancias Químicas del Condado de Yamhill***

Servicios provistos en Newberg mediante una cita únicamente. Póngase en contacto con la oficina de McMinnville del Programa para Adultos con Dependencia a las Sustancias Químicas para recibir mayor información.

FORMULARIO DE APELACIÓN

Fecha _____

¿Quién puede utilizar este formulario? Este formulario es para personas que cuentan con un seguro del Plan de Salud de Oregon y cuyo plan de salud mental es Mid-Valley Behavioral Care Network (MVBCN).

Cuándo utilizar este formulario. Usted puede utilizar este formulario si recibió un Aviso de Acción sobre sus servicios de salud mental y desea solicitar la revisión de esta decisión. A esto se le llama presentar una Apelación. Llene ambos lados de este formulario y fírmelo al reverso. Devuelva el formulario lleno a la oficina de MVBCN cuya dirección aparece al reverso.

¿Desea recibir mayor información sobre cómo presentar una Apelación? Consulte el documento de MVBCN llamado "Cómo Presentar una Apelación" o póngase en contacto con la oficina de MVBCN. Esta información también aparece en las páginas 11-14 del Manual para Miembros de MVBCN.

PARTE 1 Si usted está llenando esta Apelación para sí mismo, anote su *propia* información. Si usted está llenando esta Apelación para otra persona, anote la información de *esa persona*.

Nombre Completo _____ # de Teléfono Principal _____
Dirección Postal _____ # de Teléfono Alternativo _____
de ID del Plan de Salud de Oregon _____ Fecha de Nacimiento _____

PARTE 2 Si usted está llenando esta Apelación en representación de la persona enlistada en la Parte 1, anote su *propia* información.

Nota importante: Si usted no es un Representante del Miembro autorizado para la persona enlistada en la Parte 1, dicha persona debe firmar un formulario de autorización para permitir que usted pueda presentar esta Apelación.

Nombre Completo _____ # de Teléfono Principal _____
Dirección Postal _____ # de Teléfono Alternativo _____

¿Cuál es su relación con la persona enlistada en la Parte 1? Esta persona es mi:

PARTE 3 Responda a las siguientes preguntas. Utilice hojas de papel adicionales en caso de ser necesario.

1. ¿Recibió usted un Aviso de Acción en relación con los servicios prestados a la persona enlistada en la Parte 1?

MARQUE UNA RESPUESTA:

SI Si usted respondió SI: Responda a las preguntas 2, 3 y 4.

NO Si usted respondió NO: Utilice el Formulario de Quejas del OHP. Póngase en contacto con la oficina de MVBCN para solicitar este formulario.

Continúa en la página siguiente ➡

Usted puede obtener este formulario en un formato distinto o con un tamaño de letra más grande. También es posible obtener este formulario en algunos idiomas distintos al español. Comuníquese a la oficina de MVBCN para solicitarlo.

PARTE Continuación de la página anterior

3

2. Explique por qué desea solicitar la revisión de la decisión contenida en el Aviso de Acción.

3. ¿Desea usted que continúen los servicios para la persona enlistada en la Parte 1 mientras se revisa la decisión?

MARQUE UNA RESPUESTA: **NO APLICA** **SI** **NO**

Si usted respondió SI: De continuar los servicios, es posible que la persona enlistada en la Parte 1 o el Representante del Miembro autorizado tenga que pagar el costo de los servicios recibidos si la decisión de la Apelación no le favorece a dicha persona.

4. En relación con la persona enlistada en la Parte 1, ¿considera usted que su vida, su salud o su capacidad para funcionar esté en riesgo severo?

MARQUE UNA RESPUESTA: **SI** **NO**

Si usted respondió SI: Comuníquese de inmediato a la oficina de MVBCN marcando el número telefónico enlistado a continuación para solicitar una Apelación Urgente. Si la situación cumple con las condiciones para ser considerada como una Apelación Urgente, la decisión sobre la Apelación se tomará en un lapso de 3 días hábiles en vez de los 16 días naturales que normalmente toma.

No es necesario que usted llene este formulario si la situación cumple con las condiciones para ser considerada como una Apelación Urgente. Si su solicitud no puede ser tratada como una Apelación Urgente, la Apelación seguirá el proceso estándar, en cuyo caso usted debe firmar este formulario.

PARTE Firma/s

4

Firma de la persona enlistada en la Parte 1

Firma de la persona enlistada en la Parte 2

Continúa en la página siguiente ➡

PARTE Continuación de la página anterior

4

Por favor lea la siguiente sección antes de firmar este formulario.

Usted debe firmar este formulario para presentar la Apelación. Si alguna otra persona está presentando la Apelación en representación suya, entonces es necesario anotar la información de dicha persona en la Parte 2 y ambos deben firmar este formulario.

Su Apelación será confidencial en cumplimiento con los reglamentos y las leyes federales y estatales. Únicamente MVBCN, la agencia que provee el tratamiento, su proveedor médico y/o la División de Adicciones y Salud Mental del Departamento de Servicios Humanos del Estado de Oregon tendrán acceso y podrán comentar su información confidencial, ya sea para la investigación y resolución de su Apelación o para ciertos otros propósitos requeridos. No es necesario que usted firme una autorización para que esto ocurra.

Usted puede solicitar que otra persona presente la Apelación en representación suya. Si esta persona es un Representante del Miembro autorizado, no es necesario que usted firme un formulario de autorización. Dicha persona puede tener acceso y comentar su información confidencial a fin de ayudar con la investigación y resolución de su Apelación. Si la persona no es un Representante del Miembro autorizado, es necesario que usted firme un formulario de autorización.

Notas importantes:

- *Si usted tiene de 14-17 años de edad y ha aceptado recibir un tratamiento de salud mental sin involucrar a sus padres o a su tutor legal, usted puede presentar este formulario sin necesidad de obtener la firma de otras personas.*
- *Si usted es un padre o tutor legal y la persona enlistada en la Parte 1 es menor de 18 años de edad, usted puede firmar este formulario sin necesidad de obtener la firma de dicha persona, a menos de que la persona tenga de 14-17 años de edad y haya aceptado recibir un tratamiento de salud mental sin involucrar a sus padres o a su tutor legal.*
- *Si existe algún otro motivo por el cual usted está autorizado para presentar esta Apelación sin la firma de la persona enlistada en la Parte 1, deberá proporcionar la documentación que lo compruebe al presentar esta Apelación.*

Dónde devolver este formulario

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

Llame si necesita ayuda para llenar este formulario:

En Salem: 503-361-2647
Teléfono Sin Costo: 1-866-422-6647

El Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones de Oregon en Español: 1-800-735-3896

Esta página está en blanco.

Mid-Valley Behavioral Care Network

Regional Service Center

1660 Oak Street SE, Suite 230

Salem, Oregon 97301

503-361-2647