



County of Santa Cruz



HEALTH SERVICES AGENCY

Behavioral Health Division

Substance Use Department

1400 Emeline Ave. Building K, Santa Cruz, CA 95060

Phone: (831) 454-7519 Fax: (831) 454-4770

Derechos del Beneficiario

Como persona elegible para Medi-Cal y que reside en un condado del Sistema de Entrega Organizada de Medicamentos Medi-Cal (DMC-ODS), tiene derecho a recibir servicios de tratamiento del uso de sustancias necesarios del condado DMC-ODS.

Tienes derecho a:

- ❖ Ser tratado con respeto, dando la debida consideración a su derecho a la privacidad y la necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica.
- ❖ Recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentada de manera adecuada a su condición y capacidad de comprensión.
- ❖ Participar en las decisiones relacionadas con la atención por el uso de sustancias (SUD), incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- ❖ Recibir acceso a atención médica a tiempo, incluidos los servicios disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, cuando sea médicamente necesario para tratar una condición de emergencia o una condición urgente o de crisis.
- ❖ Recibir una copia del manual del beneficiario de DMC-ODS que contiene información sobre los servicios de tratamiento de SUD cubiertos por el condado de DMC-ODS, otras obligaciones del condado de DMC-ODS y sus derechos como se describen aquí.
- ❖ Que su información médica confidencial esté protegida según lo dispuesto por HIPPA y el Título 42, Código de regulaciones federales.
- ❖ Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos y solicitar que sean enmendados o corregidos.

Nombre del Cliente: _____ ID del Cliente: _____

- ❖ Recibir materiales escritos en formatos alternativos (incluido Braille, letra grande y formato de audio) cuando lo solicite y de manera oportuna y adecuada para el formato solicitado
- ❖ Recibir materiales escritos en los idiomas utilizados por al menos el cinco por ciento o 3,000 de los beneficiarios de su condado DMC-ODS, lo que sea menor.
- ❖ Reciba servicios de interpretación oral en su idioma preferido.
- ❖ Recibir servicios de tratamiento del uso de sustancias de un condado DMC-ODS que siga los requisitos de su contrato con el Estado en las áreas de disponibilidad de servicios, garantías de capacidad y servicios adecuados, coordinación y continuidad de la atención, y cobertura y autorización de servicios.
- ❖ Acceder a Servicios de Consentimiento para Menores, si es menor de edad.
- ❖ Acceder a servicios médicamente necesarios fuera de la red de manera oportuna, si el plan no tiene un empleado o proveedor contratado que pueda brindar los servicios. “Proveedor fuera de la red” significa un proveedor que no está en la lista de proveedores del condado de DMC-ODS. El condado debe asegurarse de que usted no pague más por consultar a un proveedor fuera de la red.
- ❖ Solicitar una segunda opinión de un profesional de la salud calificado dentro de la red del condado o fuera de la red, sin costo adicional para ti.
- ❖ Ser informado del procedimiento para presentar una queja y del derecho a presentar una queja ya sea verbalmente o por escrito, sobre la organización o la atención recibida
- ❖ Ser informado sobre el procedimiento para apelar un despido y el derecho a solicitar una apelación, ya sea verbalmente o por escrito, al recibir un aviso de Determinación Adversa de Beneficios, incluida información sobre las circunstancias bajo las cuales es posible una apelación acelerada.
- ❖ Solicitar una audiencia imparcial estatal de Medi-Cal después de agotar el proceso de apelación del condado, incluida información sobre las circunstancias bajo las cuales es posible una audiencia imparcial acelerada.
- ❖ Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.

Nombre del Cliente: _____ ID del Cliente: _____

- ❖ Tomar medicamentos recetados por un profesional médico autorizado para trastornos médicos, de salud mental o por uso de sustancias.
- ❖ A que se le conceda dignidad en el contacto con el personal, los voluntarios, los miembros de la junta directiva y otras personas.
- ❖ Estar libre de abuso verbal, emocional, físico y/o comportamiento sexual inapropiado.
- ❖ Estar libre de discriminación basada en identificación de grupo étnico, religión, edad, género, raza, orientación sexual o discapacidad.
- ❖ Estar libre de discriminación para ejercer estos derechos sin afectar negativamente la forma en que lo tratan el condado de DMC-ODS, los proveedores o el Estado.

Información de queja

De acuerdo con el Título 42, Código de Regulaciones Federales, Sección 438.10 y el acuerdo de Proveedor de Medicamentos de Medi-Cal, cualquier beneficiario puede presentar una queja (queja formal) ante el departamento de Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias de Santa Cruz; y/o apelar una acción solicitando una audiencia imparcial a nivel estatal. Cada proveedor médico de medicamentos debe informar a cada beneficiario sobre estos derechos y proporcionar la información del proceso disponible.

Quejas

Un beneficiario puede presentar una queja utilizando el folleto “Solicitud de resolución de quejas” o llamando a Mejora de la Calidad de la Salud Conductual del Condado de Santa Cruz al (800) 952-2335.

Nombre del Cliente: _____ ID del Cliente: _____

Audencia estatal imparcial

Un beneficiario puede apelar una acción solicitando una "Audencia imparcial estatal" comunicándose con la División de Audiencias Estatales. Se puede enviar una solicitud en línea en: <https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do> o llamando a los siguientes números de teléfono o enviando una solicitud por escrito a la siguiente dirección o números de fax.

Departamento de Servicios Sociales
División de audiencias estatales
PO BOX 944243, MS 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

Teléfono (gratuito): División de Audiencias del Estado 1(800) 743-8525, o Línea de Consulta y Respuesta Pública 1 (800) 952-5253 (TDD: 1 800-952-8349)

Fax: 1(916)-651-5210 o 1(916)-651-2789

Quejas

De acuerdo con el Título 9, Capítulo 4, Sección 10541(a), del Código de Regulaciones de California, cualquier individuo puede solicitar una inspección de una instalación de tratamiento por uso de sustancias. Las quejas deben dirigirse a:

Departamento de Servicios de Atención Médica
Subdivisión de Licencias y Certificación, MS 2600
PO Box 997413 MS 2600
Sacramento, CA 95899-7413
Atención: Coordinador de Quejas
(877) 685-8333; TDD: (916) 445-1942
FAX: (916) 322-2658

- Me han ofrecido una copia de mis derechos de beneficiario (cliente)
_____ (inicial)
- Se me han proporcionado procedimientos para presentar una queja y una apelación.
_____ (inicial)

Nombre del Cliente (Impreso) _____

Firma del Cliente _____ Fecha: _____