LOS ANGELES COUNTY SUBSTANCE USE DISORDER SPECIALTY CARE PLAN

Formulario de confirmación de afiliación

¿QUÉ ES EL MANUAL DEL AFILIADO Y EL VÍDEO DE ORIENTACIÓN?

El **Manual del Afiliado** le ofrece una explicación detallada de las prestaciones para el tratamiento para trastornos por uso de sustancias que ofrece el Plan Atención de Especialidad para el Trastorno de Abuso de Sustancias del Condado de Los Ángeles (o "Plan del Condado"), incluyendo: quiénes son elegibles y qué servicios están disponibles de forma gratuita. Puede solicitar una copia impresa gratuita del Manual del Afiliado en letra grande y en otros idiomas a su médico de cabecera, o bien descargarla en **http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm?hl.**

El vídeo de **Orientación para Afiliados** le ofrece un resumen fácil de entender del Manual del Afiliado y describe las principales prestaciones a las que tiene derecho en virtud del Plan del Condado.

SUS DERECHOS

Como afiliado elegible del Plan del Condado, tiene derecho a recibir servicios de tratamiento por consumo de sustancias que sean médicamente necesarios. En el Manual del Afiliado encontrará una lista completa de sus derechos. Tiene el derecho de:

- No sufrir maltrato físico ni psicológico, explotación, coacción ni restricciones físicas
- Que se proteja y mantenga la confidencialidad de su información médica
- Participar en las decisiones relativas a su atención médica, incluido el derecho a rechazar un tratamiento
- Recibir atención médica en un entorno seguro y ético
- Presentar un reclamo (o queja)
- Ejercer libremente estos derechos sin que ello afecte negativamente al trato que reciba

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

El Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles, la División de Substance Abuse Prevention and Control (SAPC), y los proveedores de tratamiento con los que tiene contrato cumplen con las leyes federales y estatales vigentes en materia de derechos civiles y no discriminación. Puede informar de cualquier violación del Plan del Condado utilizando los datos de contacto que figuran en la página siguiente.

SERVICIOS DE TRATAMIENTO SIN NINGÚN COSTO

Como afiliado elegible del Plan del Condado, su médico tratante no puede solicitarle ningún pago por la prestación de los servicios descritos en su Manual del Afiliado. Esto significa: • Sin cuotas • Sin depósitos • Sin gastos de ningún tipo, salvo que lo exija su prestación de Medi-Cal.

PORTAL DEL SISTEMA DE ACCESO DE PACIENTES

Tiene la posibilidad de acceder a sus propios datos sobre consumo de sustancias, ya sea directamente o mediante aplicaciones de terceras partes autorizadas, desde el sistema de registros médicos electrónicos del Plan del Condado. Su proveedor le proporcionará información sobre cómo acceder al portal del paciente del Sistema de Acceso para Pacientes.

QUEJAS/RECLAMACIONES Y APELACIONES

Si considera que ha recibido un trato inadecuado o que se le ha negado un servicio incluido en el Manual del Afiliado, puede presentar una queja. Si no está de acuerdo con una decisión tomada en relación con su tratamiento, puede apelar dicha decisión.

Presentar una apelación o queja no afectará de manera negativa a su tratamiento ni a los servicios de tratamiento que reciba. Puede presentar una queja o apelación ante el Plan del Condado o el proveedor de la red por correo electrónico, correo postal, teléfono o fax.

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Plan del Condado	Datos de contacto del proveedor del tratamiento
Department of Public Health, Substance Abuse Prevention and Control 1000 South Fremont Avenue, Building A-9 East, 3rd Floor Alhambra, California 91803 MemberServices@ph.lacounty.gov **(Telepono) 1-888-742-7900; press 7** **(Fax) 1-626-458-6692** Formularios disponibles en: http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm	Enter Agency Name Enter Contact (Division or Person) Enter Email Address Enter Street Address Enter City, State, Zip Enter Agency Website OR SAPC Website Phone Fax Formularios disponibles en: Enter Agency Website OR SAPC Website

ACUSE DE RECIBO

(1) He recibido una copia de este formulario, Y

(2) Me han informado sobre las prestaciones de mi tratamiento en virtud del Plan del Condado (marque todas las opciones que correspondan):

- ☐ He visto el vídeo de Orientación del Manual del Afiliado
- ☐ Me enseñaron cómo encontrar el Manual del Afiliado en el sitio web del Plan del Condado
- ☐ Mi proveedor de tratamiento me habló de las prestaciones que figuran en el Manual del Afiliado
- ☐ Mi proveedor de tratamiento me habló de los beneficios de utilizar el portal para pacientes del Sistema de Acceso al Paciente.
- ☐ Me proporcionaron información sobre cómo acceder al Portal del Paciente del Sistema de Acceso para Pacientes.

Miembro:

Nombre en letra de molde	Firma	Fecha (mm/dd/yyyy)

Provider Staff:

Nombre en letra de molde	Firma	Fecha (mm/dd/yyyy)