# AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS

# Acerca de su petición de Tratamiento

#### Fecha

## *Nombre del beneficiario Nombre del proveedor del tratamiento*

*Dirección Dirección*

## *Ciudad, Código Postal del Estado Ciudad, Código Postal del Estado*

### RE: *Sus servicios especializados de Salud Mental*

Usted actualmente esta recibiendo los servicios especializados de salud mental de *Kings View. A partir de la fecha de finalización, ya no aprobaremos este tratamiento.*

*Esto se debe a que nuestros registros indican que su última fecha de servicio fue hace mas de 90 días, en fecha. Hemos hecho varios intentos de contactarlo para programar un seguimiento de su caso y no hemos podido lograrlo. Por favor llámenos al número telefónico o visite nuestra oficina para programar una cita. En el caso de no tener noticias de usted a la fecha (al menos 10 días a partir de la fecha en la carta), asumiremos que ya no necesita mas servicios y estos serán terminados y su caso será cerrado. Sin embargo, tenga presente que puede venir en cualquier momento durante el horario comercial para ser reevaluado para los servicios.*

*Usted puede apelar esta decisión si considera que es incorrecta. El aviso de información adjunto “Sus Derechos” le indicará como hacerlo. También le informa donde puede obtener ayuda para su apelación. Esto también significa ayuda legal gratuita. Se recomienda enviar con su apelación cualquier información o documentos que puedan ayudarlo. El aviso de información adjunto “Sus Derechos” le proporciona los plazos que debe seguir al solicitar su apelación.*

Usted puede solicitar copias gratuitas de toda la información utilizada para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de la guía, el protocolo, o los criterios que utilizamos para tomar nuestra decisión. Para solicitar esto, llame al Defensor de los Derechos del Paciente al *559-852-2423*.

*Si desea seguir recibiendo este servicio mientras decidimos sobre su apelación, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días a partir de la fecha de esta carta, o antes de la fecha en que su plan dice que se suspenderán o reducirán los servicios mencionados anteriormente.*

Este aviso no afecta ninguno de sus otros servicios de Medi-Cal.

El plan puede ayudarlo con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para obtener ayuda, puede llamar al Defensor de los Derechos del Paciente al *559-852-2423 o enviar un correo electrónico:bhpra@co.kings.ca.us*. Si tiene problemas para hablar o escuchar, llame al número TTY/TTD number*7-1-1*, para obtener ayuda.

Si necesita este aviso y /u otros documentos del plan en un formato de comunicación alternativa, con letra grande, braille o formato electrónico, o si desea ayuda para leer el material, comuníquese con el Defensor de los derechos de los pacientes llamando al *559-852-2423*.

Si el plan no es de su satisfacción y/o necesita ayuda adicional, la oficina del Defensor del estado de administración de cuidado Medi-Cal puede ayudarlo con cualquier pregunta. Usted puede llamarlos de lunes a viernes, de 8am a 5pm PST, exceptuando los días festivos, al 1-888-452-8609.

*Espacio para la firma*

Adjunto: “Sus Derechos”

*Adjunte aviso con cada carta*