­­ **AUTORIZACIÓN DE CONTINUIDAD DE CUIDADO**

*Fecha*

Nombre del miembro *Nombre del proveedor tratante*

*Dirección Dirección*

*Ciudad, Estado,C.P. Ciudad, Estado,C.P.*

**RE:** *Solicitud de Continuidad Cuidado*

Usted presento una solicitud de Continuidad de Cuidado con Salud Conductual del Condado de *Kings el 10/20/19.*

*Su solicitud fue aprobada.*

*Puede continuar sus servicios con su proveedor de la red de salud mental fuera de la red o con su proveedor de salud mental cuyo contrato ha finalizado hasta que ocurra la primera de estas situaciones:*

*•Los criterios de necesidad médica ya no se cumplen, o*

*•Se completa un curso de tratamiento, o*

*•Es seguro transferir a un proveedor dentro de la red, o*

*•12 meses.*

El Plan puede ayudarlo con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para obtener ayuda, puede llamar al Departamento de Cuidado Administrado KCMHP de lunes a viernes de 8am a 5 pm al *559-852-2297*. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al número TTY/TTD 7-1-1, para obtener ayuda.

Si necesita este aviso y/u otros documentos del Plan en un formato de comunicación alternativo, como letra grande, Braille o un formato electrónico, o si desea ayuda para leer el material, comuníquese con el Defensor de los Derechos de los Pacientes de lunes a viernes llamando al *559-852-2423.*

Clínico de Cuidado Administrado