# AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA PARA LOS BENEFICIOS

# Acerca de su solicitud de tratamiento

#### Fecha

## *Nombre del beneficiario* *Nombre del proveedor tratante*

*Dirección* *Dirección*

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

### ASUNTO: *Servicio solicitado*

*Usted o su proveedor [Nombre del proveedor solicitante]* le solicitó al Plan de Salud Mental del Condado de Kings que entregue o apruebe *el Servicio solicitado*. Nuestros registros muestran que usted solicitó servicio(s), o servicio(s) fueron solicitados en su nombre el *fecha de solicitud.* El *Plan* aún no ha tomado una decisión sobre la solicitud.

Le pedimos disculpas por la demora en procesar esta solicitud. Estamos trabajando en su solicitud y le brindaremos el *a usted o su proveedor (Nombre del proveedor solicitante)* una decisión en *cuanto sea posible.*

Usted puede apelar esta decisión. El aviso de información adjunto titulado "Sus derechos" le explica cómo. También le dice dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa ayuda legal gratuita. Le recomendamos que envíe con su apelación cualquier información que pueda ayudarle. El aviso de información adjunto "Sus derechos" proporciona los plazos que debe seguir al solicitar una apelación.

El Plan puede ayudarlo con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para obtener ayuda, puede llamar al *Defensor de los Derechos de los Pacientes* al *559-852-2423 o correo electrónico: bhpra@co.kings.ca.us*. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al número TTY/TTD 7-1-1, para recibir 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 llamando al *559-852-2423.*

Si el Plan no lo ayuda a su satisfacción y/o necesita ayuda adicional, la Oficina del Defensor del cuidado administrado por Medi-Cal del Estado puede ayudarlo con cualquier pregunta. Puede llamarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. PST, excepto festivos, al 1-888-452-8609.

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

*Bloque para Firma*

Adjunto: "Sus derechos"

 Frases de asistencia lingüística

 Aviso de no discriminación al beneficiario