**NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS**

**Sobre su solicitud de tratamiento**

*Fecha*

*Nombre del beneficiario Nombre del medico tratante*

*Dirección Dirección*

*Ciudad, Código postal del Estado Ciudad, Código postal del Estado*

**RE:** *Servicios especializados de salud mental*

Este aviso le informa que el Plan de Salud Mental del Condado de Kings ha determinado que su condición de salud mental no cumple con los criterios de acceso a los servicios especializados de salud mental o con los criterios de necesidad médica para ser elegible para los servicios especializados de salud mental. Esto se debe a que (marque uno o más de los siguientes):

*☐ No tiene un diagnóstico de salud mental según el manual DSM/ICD más reciente o un presunto diagnóstico de salud mental que aún no ha sido diagnosticado [WIC. 14184.202 (c)(2)(A)(B), (d)(B)(i)(ii)].*

*☐ Su estado de salud mental no causa deterioro(s) significativo(s) en un área importante de su vida, no demuestra una probabilidad razonable de deterioro significativo en un área importante de la vida, ni indica una probabilidad razonable de no progresar en su desarrollo de forma adecuada [WIC.14184.202(c)(1)(A)(B), (d)(2)(A)(i)(ii)(iii)].*

*☐ No tiene una condición que lo coloque en alto riesgo de un trastorno de salud mental debido a la experiencia de un trauma basado en la evaluación de un profesional de la salud mental con licencia, los resultados de una herramienta de detección de trauma aprobada, la participación en el sistema de bienestar infantil, el sistema de justicia juvenil, o la experiencia de la falta de vivienda (sólo para los jóvenes menores de 21 años) [WIC. 14184.202(d)(1)(2)(B)(iii)*

*☐ No necesita servicios especializados de salud mental que no estén incluidos en los beneficios de salud mental que su plan de atención administrada debe proporcionar (sólo para jóvenes menores de 21 años) [WIC. 14184.202(d)(A)(iv)].*

*☐ Los servicios especializados de salud mental no eran médicamente necesarios/clínicamente indicados en el momento de su evaluación de salud mental [WIC 14059.5].*

*☐ Sus síntomas o condición de salud mental responderían al tratamiento de su proveedor de atención administrada (como atención basada en la salud física o necesidades de atención de salud mental de leves a moderadas) [WIC. 14184.402(2)].*

Aunque no reúna los requisitos para recibir servicios de salud mental especializados, es posible que pueda recibir servicios de salud mental no especializados del nombre del proveedor. Puede llamarlos al número de teléfono y/o su cita fue fijada: Cita.

Puede apelar esta decisión si considera que es incorrecta. La nota informativa "Sus derechos" adjunta le explica cómo hacerlo. También le indica dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa ayuda legal gratuita. Le animamos a que envíe con su apelación cualquier información o documento que pueda ayudar a su apelación. El aviso informativo "Sus derechos" adjunto le indica los plazos que debe seguir para solicitar una apelación.

Puede solicitar copias gratuitas de toda la información utilizada para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de la directriz, el protocolo o los criterios que hemos utilizado para tomar nuestra decisión. Para solicitarlo, llame al Defensor de los Derechos del Paciente al 559-852-2423.

Si actualmente está recibiendo servicios y quiere seguir recibiéndolos mientras decidimos sobre su apelación, debe solicitar una apelación en un plazo de 10 días a partir de la fecha de esta carta, o antes de la fecha en que su plan de salud mental diga que los servicios serán interrumpidos o reducidos.

El Plan puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para obtener ayuda, puede llamar al Defensor de los Derechos del Paciente entre las 8AM y las 5PM, de lunes a viernes, al 559-852-2423. Si tiene problemas para hablar o escuchar, 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 llamando al 559-852-2423.

Si el Plan no lo ayuda de manera satisfactoria y/o usted necesita ayuda adicional, la Oficina del Defensor de la Atención Administrada de Medi-Cal del Estado puede ayudarlo con cualquier pregunta. Puede llamarlos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. PST, excluyendo los días feriados, al 1-888-452-8609.

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

*Bloque de Firma*

Adjunto: "Sus derechos", Aviso de no discriminación de los beneficiarios, Líneas de etiquetas de idiomas