|  |  |
| --- | --- |
| **City and County of San Francisco**  **Department of Public Health** | **NOTICE OF**  **ADVERSE BENEFIT DETERMINATION**  GRIEVANCE/APPEAL RESOLUTION |

# PAUNAWA NG PAGPAPASIYA NG SALUNGAT NA BENEPISYO

# Tungkol sa Resolusyon ng Inyong Karaingan o Apela

Date

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficiary's Name | Treating Provider's Name |
| Address | Address |
| City, State, Zip | City, State, Zip |
| Numero ng Medi-Cal | Numero ng Telepono |

### RE: File#

Ang aming mga talaan ay nagpapakita na naghain kayo ng isang grievance or appeal sa San Francisco Behavioral Health Services noong date filed. Sa kasamang palad, ang San Francisco Behavioral Health Services ay hindi natapos ang pagsusuri sa grievance or appeal sa loob ng kinakailangang itinakdang panahon.

Humihingi kami ng paumanhin para sa pagkaantala sa pagproseso ng inyong grievance or appeal. Inaasikaso na namin ito at ipagkakaloob sa inyo ang desisyon sa lalong madaling panahon.

Maaari kayong umapela sa desisyong ito. Ang nakalakip na “Ang Inyong mga Karapatan (Your Rights)” na impormasyon sa paunawa ay sinasabi kung paano. Sinasabi rin nito sa inyo kung saan kayo maaaring humingi ng tulong para sa inyong apela. Ito ay nangangahulugan din ng libreng legal na tulong. Hinihikayat kayo na ipadala kasama ng inyong apela ang anumang impormasyon o mga dokumento na maaaring tumulong sa inyong apela. Ang nakalakip na “Ang Inyong mga Karapatan (Your Rights)” na impormasyon sa paunawa ay nagkakaloob ng mga itinakdang panahon na dapat ninyong sundin kapag humihiling ng isang apela.

Ang San Francisco Behavioral Health Services ay maaari kayong tulungan sa anumang katanungang mayroon kayo tungkol sa paunawang ito. Para sa tulong, maaari kayong tumawag sa Grievance/Appeal Office sa 628-754-9299. Kung mayroon kayong problema sa pagsasalita o pandinig, mangyaring tumawag sa TDD na numero 711, sa pagitan ng 8am – 5pm, Lunes hanggang Biyernes, para sa tulong.

Kung kailangan ninyo ang paunawang ito at/o iba pang dokumento mula sa Plano sa isang alternatibong pormat ng komunikasyon gaya ng large font, Braille, o isang pormat na elektroniko, o, kung nais ninyo ng tulong sa pagbasa sa materyales, mangyaring kontakin ang Grievance/ Appeal Office sa pamamagitan ng pagtawag sa 628-754-9299.

Kung hindi nakakatulong sa inyo ang Plano ayon sa inyong kasiyahan at/o kailangan ninyo ng karagdagang tulong, ang State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office ay maaaring tumulong sa inyo para sa anumang katanungan. Maaari ninyo silang tawagan mula Lunes hanggang Biyernes, 8am hanggang 5pm PST, maliban sa mga pista opisyal, sa 1-888-452-8609.

Ang paunawang ito ay hindi nakakaapekto sa anuman sa inyong iba pang serbisyo ng Medi-Cal.

Mga Kalakip: NOABD “Ang Inyong mga Karapatan (Your Rights)”

Mga Tagline ng Pagtulong sa Wika (Language Assistance Taglines)

Paunawa ng Walang Diskriminasyon sa Benepisyado (Beneficiary Nondiscrimination Notice)

cc: Quality Management