|  |  |
| --- | --- |
| **City and County of San Francisco**  **Department of Public Health** | **NOTICE OF**  **ADVERSE BENEFIT DETERMINATION**  DELIVERY SYSTEM |

# PAUNAWA NG PAGPAPASIYA NG SALUNGAT NA BENEPISYO

# Tungkol sa Inyong Kahilingan sa Paggamot

Date

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

### RE: Service requested

Nais ipagbigay-alam ng paunawang ito na nagpasiya ang San Francisco Behavioral Health Services na ang inyong kondisyon sa kalusugang pangkaisipan ay hindi tumutugon sa mga pamantayang medikal na pangangailangan upang maging karapat-dapat para sa ispesyalti na mga serbisyo sa kalusugang pangkaisipan. Using plain language, insert: 1. A description of the criteria or guidelines used, including a citation to the specific regulations and plan authorization procedures that support the action; and, 2. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity.

Bagaman hindi kayo naging kuwalipikado para sa ispesyalti na mga serbisyo sa kalusugang pangkaisipan, maaari kayong tumanggap ng hindi ispesyalti na mga serbisyo sa kalusugang pagkaisipan mula sa Health Plan or Entity responsible for mental health services, e.g., physical health care provider. Maaari ninyo silang tawagan sa telephone number. If applicable, insert additional action taken by the Mental Health Plan to coordinate care and/or additional follow-up needed by the Member.

Maaari kayong umapela sa desisyong ito kung sa inyong tingin ay mali 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.

Maaari kayong humingi ng mga libreng kopya ng lahat ng impormasyong ginamit upang magawa ang desisyong ito. Kabilang dito ang kopya ng panuntunan, protokol, o mga pamantayang ginamit namin upang magawa ang aming desisyon. Para humingi nito, mangyari lamang na tawagan ang tagapagkaloob ng serbisyo sa numero ng telepono na nakalagay sa itaas.

Kung kasalukuyan kayong kumukuha ng mga serbisyo at nais ninyong magpatuloy sa pagkuha ng mga serbisyo habang gumagawa kami ng desisyon sa inyong apela, dapat kayong humingi ng apela sa loob ng 10 araw mula sa petsa ng liham na ito, o bago ng petsa na sinasabi sa inyong plano ng kalusugang pangkaisipan na ang mga serbisyo ay mahihinto o mababawasan.

Ang Plano ay maaari kayong tulungan sa anumang katanungang mayroon kayo tungkol sa paunawang ito. Para sa tulong, maaari kayong tumawag sa pagitan ng 8am – 5pm, Lunes hanggang Biyernes, sa 1-888-246-3333. 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 ng materyales, mangyaring kontakin ang Behavioral Health Access Center sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-888-246-3333.

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