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

# 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

Kayo ay kasalukuyang tumatanggap ng Service to be terminated. Simula sa termination date, hindi na namin aaprubahan ang paggamot na ito. Ito ay dahil sa Using plain language, insert: 1. A clear and concise explanation of the reasons for the decision; 2. A description of the criteria or guidelines used, including a citation to the specific regulations and plan authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity.

Maaari kayong umapela sa desisyong ito kung sa inyong tingin ay mali ito. Ang kalakip na “Ang Inyong mga Karapatan (Your Rights)” na impormasyon sa paunawa ay sinasabi sa inyo kung paano. Sinasabi rin nito sa inyo kung saan kayo maaaring humingi ng tulong. Ito ay nangangahulugan din para sa 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 kalakip 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 nais ninyong magpatuloy sa pagkuha ng serbisyong ito 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 na ang mga serbisyo ay mahihinto o mababawasan, na nakalista sa itaas.

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

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 1-888-484-7200, sa pagitan ng 8am – 5pm, Lunes hanggang Biyernes, para sa tulong.

Kung kailangan ninyo ang paunawang ito at/o iba pang mga 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 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.

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