# ABISO NG PAGPAPASYA SA HINDI PAGBIBIGAY NG BENEPISYO

# Tungkol sa Inyong Kahilingan sa Paggamot

#### Date

## *Beneficiary’s Name* *Treating Provider’s Name*

*Address* *Address*

*City, State Zip* *City, State Zip*

### TUNGKOL SA: *Service requested*

Ipinababatid sa inyo sa abisong ito na natukoy ng Behavioral Health Services sa County ng San Diego (Ang Plano) na hindi nakatutugon ang inyong kundisyon sa mga pamantayan ng medikal na kinakailangan upang maging kwalipikado para sa mga espesyal na ipinagkakaloob na serbisyo sa kalusugan sa pag-iisip.

Ito ay dahil sa *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*.

Bagama’t hindi kayo kwalipikado para sa mga espesyal na ipinagkakaloob na serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip, maaari kayong tumanggap ng mga hindi espesyal na serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip 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 Plan to coordinate care and/or additional follow-up needed by the Member****.*

Maaari ninyong iapela ang desisyong ito kung sa palagay ninyo ay mali ito. Nakasaad sa kalakip na abiso ng impormasyon sa “Inyong Mga Karapatan” kung paano ito gagawin. Nakasaad din dito kung saan kayo makahihingi ng tulong sa inyong apela. Ibig sabihin din ay libre ang legal na tulong na ito. Hinihikayat kayo na ipadala kasama ng inyong apela ang anumang impormasyon o dokumento na maaaring makatulong sa inyong apela. Nakalagay sa kalakip na abiso ng impormasyon sa “Inyong Mga Karapatan” ang mga timeline na dapat ninyong sundin kapag humihiling ng apela.

Maaari kayong humiling ng mga libreng kopya ng lahat ng impormasyon ginamit upang maisagawa ang desisyong ito. Kasama rito ang kopya ng tagubilin, protocol, o mga pamantayan na ginamit namin upang maisagawa ang aming desisyon. Upang humiling nito, makipag-ugnayan sa isa sa mga nakalistang ahensya sa ibaba.

**Matutulungan kayo ng Plano sa anumang tanong na mayroon kayo tungkol sa paunawang ito.**

* Para sa tulong sa mga serbisyo sa OUPATIENT, tumawag sa Consumer Center for Health Education at Advocacy (CCHEA) sa pagitan ng 9:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. sa 1-877-734-3258.
* Para sa tulong sa mga serbisyo sa INPATIENT o RESIDENSYAL, tumawag sa JFS Patient Advocacy Program sa pagitan ng 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. sa 619-282-1134 o 1-800-479-2233.
* Kung may problema kayo sa pagsasalita o pandinig, pakitawagan ang numero ng TTY/TTD na 711, sa pagitan ng 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. para sa tulong.

Kung kasalukuyan kayong tumatanggap ng mga serbisyo at gusto ninyong patuloy na matanggap ang mga ito habang nagpapasya kami tungkol sa inyong apela, dapat kayong humiling ng apela sa loob ng 10 araw mula sa petsa sa sulat na ito, o bago ang tinukoy na petsa ng inyong planong pangkalusugan para sa pag-iisip kung kailan ihihinto o babawasan ang mga serbisyo.

Kung kailangan ninyo ang abisong ito at/o iba pang dokumento mula sa Plano sa ibang format ng komunikasyon gaya ng malaking font, Braille, o electronic na format, o kung gusto ninyo ng tulong sa pagbasa sa materyal, mangyaring makipag-ugnayan sa Access and Crisis Line (ACL) sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-888-724-7240.

Kung hindi kayo tutulungan ng Plano para sa ikasisiya ninyo at/o mangangailangan kayo ng karagdagang tulong, matutulungan kayo ng Tanggapan ng Ombudsman ng State Medi-Cal Managed Care sa anumang tanong. Maaari kayong tumawag dito nang Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. PST, maliban sa mga holiday, sa 1-888-452-8609.

Hindi makakaapekto ang abisong ito sa alinman sa iba pa ninyong serbisyo ng Medi-Cal.

*Signature Block*

Nakalakip: “Inyong Mga Karapatan”

 Abiso ng Tulong sa Wika

 Abiso ng Hindi Pandidiskrimina ng Benepisyaryo

*Enclose notice with each letter*