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

# 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

Name of requesting provider ay hiningi sa San Francisco Behavioral Health Services na aprobahan ang pagbabayad para sa sumusunod na serbisyo, na tinanggap na ninyo: Service requested. Ang Plano ay tinanggihan ang kahilingan ng inyong tagapagkaloob ng serbisyo para sa pagbabayad. Ang dahilan ng pagtanggi ay 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 authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity.

**Mangyaring tandaan: hindi ito isang pagsingil para sa serbisyo. Hindi ninyo kinakailangang bayaran ang mga serbisyong inyong tinanggap.**

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.

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 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.

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