Family Mosaic Project Policies and Procedures

City and County of San Francisco
Department of Public Health
COMMUNITY BEHAVIORAL HEALTH SERVICES

1309 Evans Avenue
San Francisco, CA 94124
Office: 415-206-7600
Fax: 415-206 7630

POLICY/PROCEDURE REGARDING: **Family Mosaic Project Grievance and Appeal Procedure**

Issued By: Janet Avila Program Director, Family Mosaic Project Date: May 19, 2017	Manual Number: Addendum to 3.11-03, 3.11-04

Family Mosaic Project (FMP) is a program within the San Francisco City and County Behavioral Health System (BHS). As such, all clients will be informed about the BHS procedure. Clients cannot be required to go through a program's internal grievance procedure before they are allowed to use the BHS procedure, and can choose the BHS procedure at any time. In an effort to improve the client grievance and appeal process and remain consistent with federal regulations, the protocol below adds to the existing BHS policies: BHS Client Complaint and Grievance Resolution (3.11-03) and Denial of Medi-Cal Funding for Specialized Mental Health Services, Notice of Action (3.11-04). The additional FMP procedures listed here are consistent with the BHS procedure and offered as an option to the BHS procedure.

This procedure is intended to be provided to clients in partnership with BHS policies and the "Your Rights" document. Procedures listed below include the amendments and improvements to the attached BHS policies:

1. Instead of the terms "action" FMP will use the term Adverse Benefit Determination. An Adverse Benefit Determination encompasses all previously existing elements of "Action" and also includes determinations involving medical necessity, appropriateness, setting, covered benefits and financial liability.

2. If a NOA is issued to a client, clients are provided a reason and may now request, free of charge, copies of all documents and records relevant to a NOA.

3. Grievances to FMP can occur at any time and will be acknowledged within 5 days. The standard grievance process will be resolved within 30 days and an expedited appeal process can occur within 72 hours.

4. Oral appeals may be still be accepted, but must be followed by a written request for appeal.

5. Appeals will be resolved within 60 days and expedited appeals within 72 hours.

6. If a denial of services is determined following an appeal, a Notice of Resolution (NAR) will be issued. The NAR will included the results of the resolution and the date it was completed, the

reasons for its determination and clearly state the criteria, clinical guidelines, or medical policies used in reaching the determination. If the determination specifies the requested service is not a covered benefit, FMP shall include in its written response the provision in the DHCS Contract, Evidence of Coverage, or Member Handbook that excludes the service. The response shall either identify the document and page where the provision is found, direct the beneficiary to the applicable section of the contract containing the provision, or provide a copy of the provision and explain in clear and concise language how the exclusion applied to the specific health care service or benefit requested. The NAR will also remind clients of their right to request a State Hearing no later than 120 calendar days from the date of the denial.

City and County of San Francisco
Department of Public Health
San Francisco Health Network
BEHAVIORAL HEALTH SERVICES

1380 Howard Street, 5th Floor
San Francisco, CA 94103
415.255-3400
FAX 415.255-3567

POLICY/PROCEDURE REGARDING: **BHS Client Complaint and Grievance Resolution Procedure**

Issued By: Jo Robinson, MFT
Director of Community Behavioral Health Services

Date: February 5, 2015

Manual Number: 3.11-03

References: CFR, title 42, §438, subpart F CCR, title 9, sections 1850.205-1850.208

Technical Revision. Replaces Policy 3.11-03 of September 7, 2011.

Purpose: The purpose of this policy is to provide a process by which a client can express dissatisfaction regarding his/her care and to describe the system for review and follow-up of client grievances. Behavioral Health Services (BHS) recognizes that client satisfaction is an important part of providing effective care. Clients will be advised of the grievance resolution process and given the opportunity to resolve any dissatisfaction. ***Grievance*** is defined as an expression of dissatisfaction about any matter other than an *Action* (Action is defined as a reduction, denial, or termination of a requested service).

Scope: BHS encourages resolution of grievances on an informal basis at the program where services are being received. Every effort should be made by providers to resolve client concerns informally as quickly and as simply as possible; however, it is the policy of BHS that clients may use the formal grievance process at any time, whether or not they have attempted to resolve their issue informally. The grievance procedure is the formal process for resolving client concerns. Invoking this grievance procedure is always at the client's discretion. A grievant may use the formal grievance process without reprisal. This policy is implemented consistent with laws and regulations regarding client confidentiality (see policy 3.06-01).

Use of the grievance procedure does not replace any existing avenues of review or redress provided by law. Clients have full access to the grievance procedure and to all rights guaranteed under the law. A client may ask for assistance in resolving issues regarding the provision of behavioral health services. Other persons may serve as advocates, such as family members or friends, at the request of the client. This procedure is not a substitute for nor does it preclude assistance through other entities such as the Office of Cultural Competence, the Mayor's Office on Disability, San Francisco Mental Health Clients' Rights Advocates, parent or student advocates, legal counsel or due process through Special Education and/or the Department of Social Services. In addition to existing rights, parents whose children are in Special Education with behavioral health services on their Individual Educational Plan (IEP) have the right to request due process through Special Education at any time.

Any grievance relating to involuntary psychiatric detentions and conservatorships is handled through the existing legal remedies rather than through this process.

CLIENT INFORMATION REQUIREMENTS

Posting and Informing

BHS programs shall post the *Grievance Process* poster in appropriate languages in a highly visible location for clients (e.g., waiting room). The forms used for filing a grievance *(CBHS 316)* and postage-paid envelopes are readily available at BHS programs for a client to pick up without having to make a verbal or written request to anyone.

All behavioral health services clients are to receive written and oral information concerning the problem resolution process. Informing clients means explaining the process to them in their primary language, and giving them the information form *(CBHS 315)*, the form used for filing a grievance *(CBHS 316)* and a postage-paid envelope.

Staff shall inform clients about the grievance procedure:

- at the initial face-to-face evaluation,
- at admission to any new program or private provider,
- at least annually during treatment reauthorization, and
- when services are reduced, denied or terminated.

The information and grievance forms, postage-paid envelope, and poster are available from Forms Control, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103 at 415-255-3913. The forms and poster are available in Chinese, English, Spanish, Vietnamese, Russian, and Tagalog (or other "threshold languages" as defined in regulations) and in large type to accommodate persons with visual problems. Requests for other means of communication or translations in additional languages should be submitted for review and consideration to the Office of Cultural Competence, 1380 Howard Street, 5th Floor, San Francisco, CA 94103. A copy of this grievance policy is to be made available at all direct treatment programs for review by clients upon request.

Documenting

Staff will document that clients have been informed about the grievance procedure at the initial face-to-face evaluation and at admission to any new program or private provider. Documentation will be indicated in the check-off on the *Acknowledgement of Receipt of Materials (BHRD 84).*

Staff will review the grievance procedure annually with the client AND document this activity in the *Progress Notes.*

THINGS TO KNOW BEFORE FILING A GRIEVANCE

Grievances may be filed by the client, their family members or other support persons. This includes:

- client age 18 or over,

- parents/guardians of children and youth receiving services,
- youth between the ages of 14 and 18 who are receiving services, or
- family members of clients ("family" is defined to include close personal friends and support persons).

For issues regarding children and youth receiving behavioral health services as part of their Individual Education Program (IEP), grievant will be referred to the Coordinator of Educational Related Mental Health Services (formally known as AB3632) at 415-642-4525.

For issues regarding the need for accommodations/access for disabilities, grievant will be referred to the ADA Coordinator at 415-255-3426 and the grievance processed according to policy 3.04-03.

For information and advocacy regarding rights, grievant may contact San Francisco Mental Health Clients' Rights Advocates at 415-552-8100 or 1-800-729-7727.

A grievant may use a personal representative of their choice to assist them in this process at any time. Representative may include, but are not limited to:

- family members,
- friends,
- other clients,
- trained advocates or
- staff.

If a personal representative is not employed by BHS or a BHS contractor, confidentiality must be protected: the client, including the child, must sign an *Authorization for Use or Disclosure of PHI (MRD 04)* form available at all sites, in order to allow BHS to discuss the issues with the representative present. The representative must sign the *User Confidentiality and Security Agreement* (see policy 3.06-01, Attachment 1), also available at all sites, to assure that they will discuss the issues only with the client and those involved in the client's treatment.

When a program has its own grievance procedure, the client must still be informed about the BHS procedure. Clients cannot be required to go through a program's internal grievance procedure before they are allowed to use the BHS procedure, and can choose the BHS procedure at any time. An internal grievance procedure must be:

- consistent with the BHS procedure and
- offered as an option to the BHS procedure.

FILING A GRIEVANCE

Grievances may be submitted in person, by phone or via US Mail using the grievance form *(CBHS 316)*. Assistance may be obtained from the Behavioral Health Access Center (BHAC), Office of Cultural Competence, San Francisco Mental Health Clients' Rights Advocates, or anyone else at the client's request. Orally filed grievances will be entered on the grievance form *(CBHS 316)* by the staff member receiving the grievance. Individuals filing a grievance shall be given a copy of their grievance upon request.

Grievances may be filed as follows: In person or by phone:

Officer of the Day
Behavioral Health Access Center
(BHAC)
1380 Howard Street, 1st floor
San Francisco, CA 94103
415-503-4730

Via US Mail:

Grievance Officer
Office of Quality Management
1380 Howard Street, 2nd Floor
San Francisco, CA 94103
-OR-
postage-paid envelope

RESPONDING TO GRIEVANCES

When a BHS grievance is filed, a written acknowledgement of receipt to the grievant will be issued by the Grievance Officer. The grievance will then be assigned to a Grievance Investigator. A grievance investigation should involve a personal contact with the grievant whenever possible.

The Grievance Officer or his/her designee has the responsibility to provide information on request by the grievant or his/her representative regarding the status of the grievance.

The Grievance Investigator must not have been involved in any previous level of review or decision-making related to the grievance being processed. If the grievance is about a clinical issue, the Grievance Investigator must also be a health care professional with the appropriate clinical expertise in treating the condition of the client filing the grievance.

BHS providers shall respond to requests for information by the Grievance Office promptly and never later than 15 working days.

A written decision notifying the grievant and/or his/her representative is to be made within 60 calendar days from the date the grievance is received by the Grievance Officer. Notification, or efforts to notify the grievant and/or his/her representative if unable to be contacted, should be documented. This timeframe may be extended by up to 14 calendar days if the grievant requests an extension or if BHS determines that there is a need for additional information and that the delay is in the best interest of the grievant. If BHS extends the timeframes, BHS shall, for any extension not requested by the beneficiary, notify the grievant of the extension and the reasons for the extension in writing using form *Notice of Action: Delays in Grievance/Appeal Processing (NOA-D)* per policy 3.11-04.

Responses are to be written in a letter stating the grievance decision and date completed. One copy shall be given or mailed to the client. One copy, with all the supporting documents, shall be sent to the Grievance Officer, Quality Management, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103.

The author of the response letter is responsible for conveying the content of all grievances he/she receives and their resolution to:

- the provider(s) cited by the grievant or otherwise involved in the grievance and
- the appropriate Administrative Director or his/her designee.

RETENTION OF RECORDS

A copy of all grievances shall be retained in locked administrative files for 3 years from the date the original grievance was received unless there are program specific requirements that demand a longer retention period. A copy of all grievances pertaining to Family Mosaic Project Capitated shall be retained in locked administrative files for 5 years from the date the original grievance was received as required by the State Department of Health Services.

As required by the State Department of Health Care Services, the Grievance Officer maintains a log of all grievances which are to be entered within one working day of the date of receipt of the grievance. This log contains at least the following information on each grievance:

- name of grievant,
- date grievance received,
- nature of the problem,
- final disposition and
- date the decision is sent to the grievant/representative (or document reason why there is not a final disposition).

QUALITY IMPROVEMENT

BHS will assure all providers are in compliance with California Department of Health Care Services' regulations regarding grievance resolution. This process will be monitored by the Office of Quality Management.

The Office of Quality Management will track the timeliness of responses to client grievances, the number of cases submitted, types of issues, number of unresolved grievances and reasons, and number of resolved grievances.

The Grievance Officer will make an annual report on grievances to the Quality Improvement Committee that is charged with making policy recommendations and developing quality improvement activities to assure that BHS clients are receiving appropriate care. Issues identified as a result of grievance processes will be transmitted to the System of Care Quality Improvement Committee. These issues will be discussed by the QIC and, if needed, will be brought to the SFMHP's administration or another appropriate body within the SFMHP's organization.

Contact Person:
Grievance Officer, Office of Quality Management for Community Programs, 415-255-3400

Distribution:
BHS Policies and Procedure are distributed by the Health Information Management Department under the DPH Compliance Office

Administrative Manual Holders
BHS Programs
BHS Program Managers
BOCC Program Managers
CDTA Program Managers

CBHS Policies and Procedures

City and County of San Francisco
Department of Public Health
San Francisco Health Network
COMMUNITY BEHAVIORAL HEALTH SERVICES

1380 Howard Street, 5th Floor
San Francisco, CA 94103
415.255-3400
FAX 415.255-3567

POLICY/PROCEDURE REGARDING: **Denial of Medi-Cal Funding for Specialized Mental Health Services, Notice of Action**

Issued By: Jo Robinson, MFT
Director of Community Behavioral Health Services

Date: August 12, 2014

Manual Number: 3.11-04

References: DMH Letter No. 05-03; CCR, Title 9, Sections 1810.200(a)-(d), 1810.230.5, 1830.205(a), (b)(1)-(3), 1850.210(a)-(j) & 1850.215 (a)-(d); CBHS policies 3.02-13, 3.04-08, 3.11-03, & 3.11-05.

Substantive Revision. Replaces Policy 3.11-04 of October 8, 2013.

Purpose:

According to the San Francisco Mental Health Plan (SFMHP), clients *(beneficiaries)* must be prior authorized for services and must be informed when funding for Specialty Mental Health Services has been 1) denied or 2) modified by the SFMHP. In either case, this notification is called a Notice of Action (NOA). A Notice of Action must also be used to inform beneficiaries if grievances, appeals, or expedited appeals were not resolved in time, or if services were not provided within the timeline established by the SFMHP. The purpose of this policy is to describe the situations that warrant a Notice of Action and the process through which a Notice of Action is issued.

Scope:

The SFMHP is required to issue a Notice of Action to eligible San Francisco Medi-Cal beneficiaries when the SFMHP takes any of the following actions in regard to Specialty Mental Health Services:

- denies or limits authorization of a requested service;
- reduces, suspends, or terminates a previously authorized service;
- denies, in whole or in part, payment for a service;
- changes services or fails to provide them in a timely manner; or
- fails to act within the timeframes for disposition of standard grievances, or the resolution of standard or expedited appeals.

The NOA requirements apply only to Medi-Cal Specialty Mental Health Services and are provided only to San Francisco County Medi-Cal beneficiaries. A beneficiary who receives a Notice of Action has a

right to appeal the SFMHP's decision within 90 days of the date on the Notice of Action. There are no filing deadlines if a Notice of Action is not issued. The Grievance Officer or his or her designee will then investigate the appeal and may uphold or overturn the SFMHP's decision. Under certain circumstances, beneficiaries can file an expedited appeal which follows different deadlines than the standard appeal process (see CBHS policy 3.11-05 regarding *Appeal & Expedited Appeal Procedures for Outpatient Mental Health Medi-Cal Clients*).

Beneficiaries are notified of their right to a State Fair Hearing at the time of application to Medi-Cal, on a quarterly basis by California Department of Health Services, in beneficiary brochures and through Notices of Action. Beneficiaries must exhaust the appeal process prior to requesting a State Fair Hearing (CCR, Title 9, Section 1850.207(d); DMH Letter No. 05-03).

Definition of Terms:

Aid Paid Pending (APP) – MHPs are required to provide APP to beneficiaries who want continued services and have filed a timely request (10 days from the date the NOA was mailed, or 10 days from the date the NOA was personally given to the beneficiary, or before the effective date of the change, whichever is later), for an appeal or State Fair Hearing. The beneficiary must either have an existing service authorization which has not lapsed and the service is being terminated, reduced, or denied for renewal by the MHP; or have been receiving specialty mental health services under an exempt pattern of care. This action will permit a beneficiary to continue to receive their existing services until the period covered by the existing authorization expires, the date an appeal is resolved or a hearing decision is rendered, or the date on which the appeal or State Fair Hearing is otherwise withdrawn or closed, whichever is earliest (DMH Letter No. 05-03).

Appeal and Expedited Appeal- The appeal and expedited appeal procedure provides an avenue for a Medi-Cal beneficiary to request a review when the SFMHP takes any action as defined above. A formal appeal or expedited appeal is processed according to CBHS policy 3.11-05.

Applicant – An individual seeking services from a SFMHP service provider.

Assessment – A service activity which may include a clinical analysis of the history and current status of a beneficiary's mental, emotional, or behavioral disorder; relevant cultural issues and history; diagnosis; and the use of testing procedures (CCR, Section 1810.204).

Authorization – A clinical decision based on an assessment that services are medically necessary, and the payment is approved for services and thereby those services are *authorized.*

Beneficiary – Any person certified as eligible under the Medi-Cal program according to Title 22, Section 51000.2 (CCR, Section 1810.205).

Complaint - It is the practice of SFMHP to resolve client/guardian concerns, issues and complaints on an informal basis as part of the regular delivery of service. Informal complaints are to be handled promptly by the client's service provider or by the Program Director.

Denial – When the **SFMHP** or a **provider** assesses a beneficiary and decides that the beneficiary does not meet medical necessity criteria and thereby determines that services of a requested level or intensity are not authorized as a result of an assessment. This requires a Notice of Action.

Eligibility – The process of determining whether an individual qualifies for services offered by a Mental Health Plan by verifying certain information about the individual including, but not limited to, medical necessity, financial status, and residency.

Grievance – The grievance procedure provides an avenue for the resolution of client concerns when the informal process is not sufficient to resolve the problem. While the use of the informal process to resolve issues promptly is to be encouraged, a formal grievance may be filed ***without reprisal*** at any time. A formal grievance is processed according to CBHS policy 3.11-03: *CBHS Client Complaint and Grievance Resolution.*

State Fair Hearing – A State Fair Hearing is provided to beneficiaries pursuant to Title 22, Section 50951 & 50953 of the California Code of Regulations. It is part of the problem resolution processes available to Medi-Cal beneficiaries who have concerns about Medi-Cal Specialty Mental Health Services. (Note that State Fair Hearings are also used for many other State programs.) In addition to the State Fair Hearing, the SFMHP must have an appeal and grievance process. *A beneficiary does not have access to the State Fair Hearing process until the appeal process has been exhausted.*

Members – Beneficiaries who are eligible due to residency and medical necessity to receive services provided by the SFMHP. ***Only members who are Medi-Cal beneficiaries may receive a Notice of Action, request an appeal or expedited appeal, or request a State Fair Hearing.***

Medical Necessity – Medically necessary services are those Specialty Mental Health Services which are provided to an individual with the expectation that the beneficiary will benefit because the service will diminish an impairment that is the result of an included DSM IV diagnosis. State guidelines list the included diagnoses, and define impairment and intervention-related criteria by which ***medical necessity*** is determined (CCR, Sections 1830.205 & 1830.210).

Mental Health Plan (MHP) – In the City & County of San Francisco, the MHP is called the San Francisco Mental Health Plan (SFMHP) and serves residents of San Francisco who qualify for Specialized Mental Health Services paid by Medi-Cal and other county funds.

Notice of Action (NOA) – A Notice of Action informs Medi-Cal beneficiaries of denial of services, or changes in provider requested mental health services from the SFMHP, and the beneficiary's rights for appeal if the beneficiary does not agree with the SFMHP decision. It also informs the beneficiary of delays in processing grievances or appeals, or providing services in a timely manner (see CBHS policy 3.02-13: *CBHS Advance Access: Timely Access Standard for Outpatient Programs*).

Provider (Organizational) – A certified site where the provision of Specialized Mental Health Services takes place, identifiable by a provider number (38XX), and certified to meet standards

under those established by the Short-Doyle Medi-Cal (SD/MC) Manual and other criteria determined by the SFMHP.

Reauthorization – The process of reviewing the client's care and determining if extended care is warranted, and thus authorizing care at previous or more appropriate levels based on clinical considerations. If services are reduced or terminated during an authorized period then the action requires a Notice of Action.

Reduction – The approval by the SFMHP for non-acute continuing services at less than the amount or frequency agreed to by the provider and less than the amount or frequency approved on the immediately preceding authorization. This requires a Notice of Action.

Screening – A brief evaluation for the purposes of information and referral, usually done by telephone, or brief person-to-person contact to determine eligibility and whether a full assessment is warranted. The results of a screening do not require a Notice of Action.

Termination – Denial by the SFMHP of a request from a provider for non-acute continuing services. This requires a Notice of Action.

Definition of Types of Notices of Action:

Notice of Action (Assessment) – Form NOA-A

The NOA-A form is used when the SFMHP or its provider assesses a Medi-Cal beneficiary and determine that the beneficiary does not meet medical necessity criteria and no Specialty Mental Health Services will be provided. Not meeting medical necessity means any of the following: 1) that the beneficiary doesn't have a diagnosis covered by the SFMHP (included diagnosis); 2) that a beneficiary who is 21 or over has an included diagnosis, but doesn't have a significant impairment; 3) that a beneficiary who is under 21 years of age has an included diagnosis, but there is no covered intervention that will correct or ameliorate the condition; or 4) that the beneficiary has an included diagnosis, but the condition would be responsive to physical health care based treatment. Beneficiaries can request a second opinion on the determination of not meeting medical necessity (see CBHS policy 3.04-08: *Request for Second Opinion by Medi-Cal Beneficiaries Due to Not Meeting Medical Necessity*).

A **NOA-A** must be issued in the following circumstance:

- When the SFMHP authorizer determines that, on an individual case-by-case basis, there is no medical necessity for Specialized Mental Health Services, the authorizer will issue a NOA-A.

Notice of Action (Denial of Services) – Form NOA-B

The **NOA-B** form is used when any action, **other than approval**, is taken by the **SFMHP** on a **request by a provider** for any **Medi-Cal** Specialty Mental Health Services **which have not already been provided**. Specifically, the NOA-B addresses those actions taken by the SFMHP

which denies or modifies the provider's requested service, including the type or level of service; reduces, suspends, or terminates a previously authorized service; or denies, in whole or in part, payment for a service prior to the delivery of the service.

A **NOA-B** must be issued in the following circumstances:

- Provider request denied – the SFMHP does not approve requested services.
- Provider request modification – SFMHP approves a different type of service or lower frequency than requested by the provider. This applies to both new service requests and reauthorization (continuation) requests.
- Provider authorization modification – provider authorization for services is in effect and the SFMHP changes that authorization to a different type of service or lower frequency.
- Provider authorization termination – the SFMHP changes current authorization to disapprove services.
- Deferral of more than 30 days – When the SFMHP has insufficient information to make the authorization decision within 30 days of receipt of the provider request for Specialty Mental Health Services that requires prior authorization by the SFMHP. At the end of this period the SFMHP may choose to deny the request or to defer their decision pending submission of further information. In either case, a NOA-B would be provided to the beneficiary.

Notice of Action (Post-Service Denial of Payment) – Form NOA-C

The NOA-C form is used when a provider requests payment authorization for a Specialty Mental Health Service and the SFMHP denies or modifies the provider's request and the beneficiary already received the service. This form reads "this is not a bill" so that the beneficiary knows that he or she is not responsible for the cost of the service rendered, but that the service request has been retrospectively denied or modified.

Notice of Action (Delays in Grievance/Appeal Processing) – Form NOA-D

The NOA-D form is used when the SFMHP fails to act within the time frames for disposition of standard grievances, the resolution of standard appeals, or the resolution of expedited appeals. The NOA-D will be issued by the grievance investigator assigned to respond to the grievant or appellant (see CBHS policies 3.11-03 and 3.11-05).

Notice of Action (Lack of Timely Service) – Form NOA-E

The NOA-E form is used when the SFMHP or its providers fail to provide services in a timely manner according to their own established standards for timely services (see CBHS policy 3.02-13).

Notice of Action – Form NOA-BACK

The NOA-BACK form is the backside of all NOA forms that are issued. It contains important information about a beneficiary's right to a State Fair Hearing and how to go about obtaining assistance and requesting a State Fair Hearing.

Issuing Notices of Action:

- NOA-A through NOA-E must each be used with the NOA-BACK. The various Notices of Action described above are available in English and the following threshold languages: Chinese, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese. Notice of Action forms A, B, C, and E can be accessed in AVATAR. The Notice of Action forms are also available on the DPH Public Site through the Avatar link to NOAs (http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/mentalHlth/BHIS/avatarUserDocs.asp) and as attachments to this policy (http://www.sfdph.org/dph/files/CBHSPolProcMnl/3.11-04.pdf). These forms are also available from CBHS Forms Control, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103 at 415-255-3913. Requests for other means of communication or translations in additional languages should be submitted for review and consideration to the Office of Cultural Competence, 1380 Howard Street, 5th Floor, San Francisco, CA 94103.
- Staff issuing a Notice of Action A, B, C, or E is required to issue the NOA through the client's medical record in AVATAR if AVATAR is accessible. (Note that Notices of Action D are not placed in the client medical record nor are these forms available in AVATAR.) The electronic record of the issued NOA will be in English; however, staff is to provide beneficiaries their copy of the NOA in his/her primary language, if available, and to indicate in AVATAR the language of the NOA provided to the beneficiary.
- If the Notice of Action is issued through AVATAR, the SFMHP requires that a copy of the notice be retained in AVATAR and a copy given or sent to the beneficiary (and to the legal guardian if not a minor consent case) as described below.
- If the Notice of Action is not issued through AVATAR, the SFMHP requires three copies of such Notice of Action issued and to be distributed as follows: one copy is given or sent to the beneficiary (and to the legal guardian if not a minor consent case) as described below, the second copy is retained by the provider/authorizer and/or retained in the medical record, and the third copy is provided to the Office of Quality Management for central filing at 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103.
- With exceptions, the NOA, at the election of the SFMHP, must be hand delivered or put in the mail to the beneficiary no later than the third working day after the action was taken (see CCR, Title 22, Section 51014.1 for exceptions).
- Upon issuing a Notice of Action, there begins the 90 day period that a beneficiary may file an appeal; however, beneficiaries may request State Fair Hearings in circumstances when no Notices of Action are generated assuming that the appeal process has been exhausted.
- Beneficiaries who are in on-going services must file a request for an appeal within ten (10) days of the date of issue to be eligible for Aid Paid Pending.
- Programs/authorizers must document the pertinent background and criteria of the decisions resulting in issuing a Notice of Action and maintain this documentation in the client record. In the event of a State Fair Hearing, this documentation is critical to defending the SFMHP's decision to deny or reduce services, or other actions.

Obtaining Notice of Action Forms:

As noted above, copies of the Notices of Action in English and the threshold languages are available in AVATAR, on the DPH website, and from Forms Control.

Retention of Records:

All hard copies of completed NOA forms and related documentation that are centrally filed at the Office of Quality Management are to be retained in locked administrative files for 3 years from the date the NOA was issued unless there are program specific requirements that demand a longer retention period.

Contact Person: Office of Quality Management, 415-255-3400

Distribution:
CBHS Policies and Procedures are distributed by the Compliance Office
Administrative Manual Holders
CBHS Programs
SOC Program Managers
BOCC Program Managers
CDTA Program Managers

Attachments:
NOA-A, NOA-B, NOA-C, NOA-D, NOA-E, NOA-BACK in Chinese, English, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese.

加州醫療補助(Medi-Cal)精神健康專科計劃

行動通知書 - A

(評估)

日期:_____

致:_____，加州醫療補助計劃號碼:_____

三藩市縣的精神健康計劃在審查過閣下精神健康狀況的評估結果後，決定閣下的精神健康狀況並不符合接受精神健康專科計劃提供服務的醫療標準資格規定。

根據精神健康計劃的意見，閣下的精神健康狀況因以下剔出的原因而未能達到加州法規規範(California Code of Regulations，英文簡稱 CCR)標題 9 第 1830.205 節醫療標準的規定:

☐ 通過評估診斷出閣下的精神健康並非精神健康計劃涵蓋的範圍 (CCR 標題 9 第 1830.205(b)(1)節)。

☐ 閣下的精神健康狀況沒有嚴重到足以對閣下的日常生活構成問題，因此閣下不符合精神健康計劃下精神健康專科服務的資格 CCR，標題 9 第 1830.205(b)(2)節)。

☐ 精神健康計劃下的精神健康專科服務很可能不會幫助維持或改善閣下的精神健康狀況(CCR 標題 9 第 1830.205(b)(3) (A)和(B))節)。

☐ 醫治身體的醫護人員提供的治療可以對閣下的精神健康狀況起到正面的作用 (CCR 標題 9 第 1830.205(b)(3) (C)節)。

若閣下同意計劃的決定和希望索取如何尋找計劃以外可以提供治療的醫護人員的資料，可以致電閣下的精神健康計劃向接聽的代表查詢，電話號碼是 415-255-3694，或者致函:Client Ombudsman, Office of Cultural Competence and Client Relations, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103。

若閣下不同意計劃的決定，可以採取以下的一種或多種行動:

閣下可以要求計劃安排有關閣下精神健康狀況的第二個專家意見。若閣下希望這樣做，請致電閣下的精神健康計劃向接聽的代表查詢，電話號碼是 1-800-750-2727 ，或者致函:Officer of the Day, Behavioral Health Access Center, 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA 94103。

閣下可以向精神健康計劃提出上訴。若閣下希望這樣做，可以利用電話提出上訴，電話號碼是 1-800-750-2727，或者親臨行為健康使用中心(Behavioral Health Access Center)向當值的人員提出上訴。中心的地址是加州三藩市 Howard 街 1380 號一樓，或致函:Grievance Officer, Office of Quality Management, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103，或遵照精神健康計劃給予閣下的資訊小冊子上的指示去做。閣下必須在本通知書上的日期計起的九十日內提出上訴。在大部分的個案中，精神健康計劃必須在閣下提出上訴請求的四十五日內作出判決。若閣下相信延遲作出上訴的判決將會對閣下的精神健康構成嚴重的問題，包括對閣下在取得、維持或再次取得重要生活功能的能力上構成問題，可以提出迅速舉行上訴的要求。計劃必須在三個工作日內作出判決。

若閣下對本通知書有任何問題，可以致電閣下的精神健康計劃向接聽的代表查詢，電話號碼是 1-800-750-2727 ，或者致函:Officer of the Day, Behavioral Health Access Center, 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA 94103。

若閣下對上訴的結果不滿，可以要求舉行州的聆訊。本表格的另外一面解釋如果要求舉行聆訊。

cc: Office of Quality Management

加州醫療補助(Medi-Cal)精神健康專科服務計劃

行動通知書 - B

日期:_____

致:_____，加州醫療補助計劃號碼:_____

三藩市縣的精神健康計劃已經☐拒絕 ☐ 更改閣下的醫護人員對提供以下服務的付款要求:

_____

付款要求的提出人士(醫護人員的姓名) _____

閣下的醫護人員最初的付款要求日期 _____.

精神健康計劃根據閣下醫護人員提供的資料而採取這個行動。劃出的方格是採取行動的原因:

☐ 閣下的精神健康狀況未能達到精神科住院服務或相關的專業服務的醫療標準規定(加州法規規範，英文名稱California Code of Regulations，英文簡稱CCR，標題9第1820.205節)。

☐ 閣下的精神健康狀況未能達到精神科住院服務以外的精神健康專科服務的醫療標準規定(CCR標題9第1830.205節)，原因如下:_____

_____

☐ 要求的服務並非精神健康計劃涵蓋的範圍(CCR標題9第1810.345節)。

☐ 精神健康計劃要求閣下的醫護人員提供建議服務的額外資料以便批准支付服務的費用。但是到目前為止仍未收到有關的資料。

☐ 根據閣下的精神健康狀況和需要的服務，精神健康計劃將會支付以下的服務而不是閣下醫護人員要求的服務:

_____

☐ 其他:_____

若閣下不同意計劃的決定，可以:

1. 閣下可以向精神健康計劃提出上訴。若閣下希望這樣做，可以利用電話提出上訴，電話號碼是1-800-750-2727，或者親臨行為健康使用中心(Behavioral Health Access Center)向當值的人員提出上訴。中心的地址是加州三藩市Howard街1380號一樓，或致函:Grievance Officer, Office of Quality Management, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103，或遵照精神健康計劃給予閣下的資訊小冊子上的指示去做。閣下必須在本通知書上的日期計起的九十日內提出上訴。在大部分的個案中，精神健康計劃必須在閣下提出上訴請求的四十五日內作出判決。若閣下相信延遲作出上訴的判決將會對閣下的精神健康構成嚴重的問題，包括對閣下在取得、維持或再次取得重要生活功能的能力上構成問題，閣下便可以提出迅速舉行上訴的要求。而計劃必須在三個工作日內作出判決。閣下可以要求維持原來的服務直到上訴有了判決為止。若閣下希望維持原來的服務，必須在本通知書上的日期計起的十日內或在更改服務開始生效的日期到達前提出上訴，以較後的日期為準。計劃之前批准的服務的有效日期是 _____。更改這些服務的生效日期是 _____。

2. 若閣下對上訴的結果不滿可以要求舉行州的聆訊。這樣閣下在等候聆訊期間仍可能可以繼續接受服務。這個通知書的另外一面說明如何要求舉行聆訊。閣下可以要求服務保持不變直到聆訊有了判決為止。若閣下希望維持原來的服務，必須在本通知書上的日期計起的十日內或在更改服務開始生效日期到達前提出上訴，以較後的日期為準。計劃之前批准的服務的有效日期是 _____。更改這些服務的生效日期是 _____。閣下在等候聆訊的判決期間可能可以繼續服務。

3. 閣下可以要求計劃安排有關閣下精神健康狀況的第二個專家意見。若閣下希望這樣做，請致電閣下的精神健康計劃向接聽的代表查詢，電話號碼是1-800-750-2727，或者致函:Officer of the Day, Behavioral Health Access Center, 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA 94103。

cc: Office of Quality Management

加州醫療補助(Medi-Cal)精神健康專科計劃

行動通知書 - C

(服務後拒絕支付款項)

日期:_____

致:_____，加州醫療補助計劃號碼:_____

三藩市縣的精神健康計劃已經☐拒絕 ☐ 更改閣下的醫護人員對提供以下服務的付款要求:

_____

付款要求的提出人士(醫護人員的姓名)_____

閣下的醫護人員最初的付款要求日期_____ 以及醫護人員表示閣下接受服務的日期為:

_____

這不是賬單。閣下將無需支付本表格上列出的一項或多項服務。

精神健康計劃根據閣下醫護人員提供的資料而採取這個行動。剔出的方格是採取行動的原因:

☐ 根據閣下醫護人員向我們說明閣下的精神健康狀況未能達到精神科住院服務或相關的專業服務的醫療標準規定(加州法規規範，英文名稱California Code of Regulations，英文簡稱CCR，標題9第1820.205節)。

☐ 根據閣下醫護人員向我們說明閣下的精神健康狀況未能達到精神科住院服務以外的精神健康專科服務的醫療標準規定(CCR標題9第1830.205節)，原因如下:_____

_____

☐ 提供的服務並非精神健康計劃涵蓋的範圍(CCR標題9第1810.345節)。

☐ 精神健康計劃要求閣下的醫護人員提供已接受服務的額外資料以便批准支付服務的費用。但是到目前為止仍未收到有關的資料。

☐ 其他:_____

若閣下不同意計劃的決定，可以:

閣下可以向精神健康計劃提出上訴。若閣下希望這樣做，可以利用電話提出上訴，電話號碼是1-800-750-2727，或者親臨行為健康使用中心(Behavioral Health Access Center)向當值的人員提出上訴。中心的地址是加州三藩市Howard街1380號一樓，或致函:Grievance Officer, Office of Quality Management, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103，或遵照精神健康計劃給予閣下的資訊小冊子上的指示去做。閣下必須在本通知書上的日期計起的九十日內提出上訴。

若閣下對上訴結果不滿可以要求舉行州的聆訊。這個通知書的另外一面說明如何要求舉行聆訊。州的聆訊將對精神健康計劃是否需要支付閣下已經接受的服務作出判決。無論上訴或州的聆訊如何判決，閣下將無需支付服務的費用。

cc: Office of Quality Management

加州醫療補助(Medi-Cal)精神健康專科計劃

行動通知書 - D

(延遲處理申訴/上訴)

日期:_____

致:_____，加州醫療補助計劃號碼:_____

三藩市縣的精神健康計劃沒有按時處理閣下的 □申訴 □上訴 □迅速上訴。

我們的記錄顯示閣下提出要求的日期是:_____

閣下要求:_____

_____

_____

我們對延遲回覆閣下的要求表示抱歉。我們將會繼續處理閣下的要求和希望可以很快提供決定給閣下。

若閣下的要求是有關精神健康計劃拒絕或更改閣下接受的精神健康服務，而閣下不想等我們的決定，閣下可以要求舉行州的聆訊聽取拒絕或更改的事宜。閣下亦可以要求州的聆訊聽取延遲處理的原因。

若閣下的要求是有關另外的一個問題，可以要求舉行州的聆訊聽取延遲的原因。本表格的另外一面說明如何要求舉行州的聆訊。

根據聯邦法規守則(Code of Federal Regulations)標題42第438部分F子部分的規定必須發出本通知書。

cc: Office of Quality Management

加州醫療補助(Medi-Cal)精神健康專科計劃

行動通知書 - E

(未能提供及時的服務)

日期:_____

致:_____，加州醫療補助計劃號碼:_____

三藩市縣的精神健康計劃未能在最初要求服務計起的_____個工作日內提供服務。

我們的記錄顯示閣下要求服務或有人代表閣下要求服務，要求的日期是:_____

這裏是閣下要求或有人代閣下要求的服務:_____

_____

_____

我們對未能及時提供服務表示抱歉。我們正在處理閣下的要求和希望很快可以提供閣下要求的服務。

閣下可以要求舉行聆訊聽取延遲的原因。

本表格的另外一面說明如何要求舉行州的聆訊。

根據聯邦法規守則(Code of Federal Regulations)標題42第438部分F子部分的規定必須發出本通知書。

cc: Office of Quality Management

閣下的聆訊權利

閣下必須在九十日內提出聆訊的要求。開始計算九十日是:

1. 我們親自把精神健康計劃的上訴判決通知書給閣下之後的一日；或
2. 這個精神健康計劃上訴判決通知書郵戳日期之後的一日。

迅速舉行州的聆訊

聆訊的判決通常在閣下提出要求的日期計起大概九十日作出。若閣下認為定出的時間將會對閣下的精神健康構成嚴重的問題，包括對閣下在取得、維持或再次取得重要生活功能的能力上構成問題，可以提出迅速舉行州聆訊的要求。若要求迅速舉行聆訊，請在本頁右邊「要求舉行聆訊」一欄下面的第一個方格上劃一劃，以及包括閣下要求舉行迅速舉行聆訊的原因。若閣下的迅速舉行聆訊要求得到批准，聆訊的判決將於州政府的聆訊科(State Hearings Division)收到閣下提出要求當日計起的三個工作日內發出。

在等候聆訊期間保持相同的服務

- 閣下必須在精神健康計劃的判決通知書郵寄或親自交給閣下的十日內，或更改閣下服務開始生效前提出，以較後的日期為準。
- 閣下的加州醫療補助計劃下的精神健康服務將保持不變，直到聆訊作出對閣下不利的判決、閣下取消舉行聆訊的要求、或閣下現在服務的期限或服務範圍已經到期為止，以最先出現的日期為準。

取得加州的法規

閣下可以到閣下所屬縣的福利部門辦事處索取加州的法規，包括有關州聆訊的法規。

尋求援助

閣下可以向閣下當地的法律援助辦事處或其他的機構尋求免費的法律援助。閣下可以向公眾諮詢回應科(Public Inquiry and Response Unit)查詢閣下的聆訊權利或免費的法律援助:

請致電免費電話:1-800-952-5253

若閣下失聰和使用TDD，請致電:1-800-952-8349

授權代表

閣下可以在州的聆訊中代表自己。閣下亦可以由朋友、律師或任何閣下選擇的人士代表閣下。閣下必須自行安排這個代表去代表閣下。

資訊行為守則通知書(Information Practices Act Notice) (加州民事守則第1798節以及下列等等。) 要求閣下在本表格上填寫資料為了處理閣下的聆訊請求。若資料不齊可能會阻延處理。社會服務部的州聆訊科將設立個案檔案。閣下有權審查組成記錄決定的資料。閣下可以聯絡公眾諮詢回應科找出這個記錄(回應科的電話號碼已經在上面顯示)。閣下提供的任何資料可能與精神健康計劃、加州的衛生服務及精神健康部和美國衛生及人民服務部分享 (分享授權福利及社會福利機構守則(Welfare and Institutions Code)第14100.2節)。

如何要求舉行州的聆訊

要求聆訊的最佳方法是填寫這一頁。請複影前後頁留底作為自己的記錄。然後將這一頁寄到:

State Hearings Division
California Department of Social Services
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2430

另外一個要求舉行聆訊的方法是致電1-800-952-5253。若閣下失聰和使用TDD，請致電1-800-952-8349。

要求舉行聆訊

本人基於三藩市縣精神健康計劃作出有關加州醫療補助計劃的行動而要求舉行聆訊。

☐ 若閣下希望迅速舉行聆訊，請在方格上劃一劃。另外請在下面說明原因。

迅速聆訊的原因:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ 若閣下需要更多空白的地方填寫原因，請在這個方格劃一劃和另外附上一頁。

本人的姓名:(正寫) _____

本人的工卡號碼:_____

本人的地址:(正寫) _____

_____

本人的電話號碼:(_____) _____

本人的簽名:_____

日期:_____

本人需要免費的傳譯。本人的語言或方言是:

_____

本人希望下列人士代表本人出席這次的聆訊。本人授權這位人士可以審閱本人的記錄和代表本人出席聆訊。

姓名:_____

地址:_____

_____

電話號碼:_____

Medi-Cal Specialty Mental Health Program
NOTICE OF ACTION-A
(Assessment)

Date: _____

To: _____, Medi-Cal Number _____

The mental health plan for San Francisco County has decided, after reviewing the results of an assessment of your mental health condition, that your mental health condition does not meet the medical necessity criteria to be eligible for specialty mental health services through the plan.

In the mental health plan's opinion, your mental health condition did not meet the medical necessity criteria, which are covered in the state regulations at Title 9, California Code of Regulations (CCR), Section 1830.205, for the reason checked below:

☐ Your mental health diagnosis as identified by the assessment is not covered by the mental health plan (Title 9, CCR, Section 1830.205(b)(1)).

☐ Your mental health condition does not cause problems for you in your daily life that are serious enough to make you eligible for specialty mental health services from the mental health plan (Title 9, CCR, Section 1830.205(b)(2)).

☐ The specialty mental health services available from the mental health plan are not likely to help you maintain or improve your mental health condition (Title 9, CCR, Section 1830.205(b)(3)(A) and (B)).

☐ Your mental health condition would be responsive to treatment by a physical health care provider (Title 9, CCR, 1830.205(b)(3)(C)).

If you agree with the plan's decision, and would like information about how to find a provider outside the plan to treat you, you may call and talk to a representative of your mental health plan at 415-255-3694 or write to: Client Ombudsman, Office of Cultural Competence and Client Relations, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103.

If you don't agree with the plan's decision, you may do one or more of the following:

You may ask the plan to arrange for a second opinion about your mental health condition. To do this, you may call and talk to a representative of your mental health plan at 1-800-750-2727 or write to: Officer of the Day, Behavioral Health Access Center, 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA 94103.

You may file an appeal with your mental health plan. To do this, you may file an appeal by phone at 1-800-750-2727, or in person with the Officer of the Day at the Behavioral Health Access Center, 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA, or write to: Grievance Officer, Office of Quality Management, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103, or follow the directions in the information brochure the mental health plan has given you. You must file an appeal within 90 days of the date of this notice. In most cases the mental health plan must make a decision on your appeal within 45 days of your request. You may request an expedited appeal, which must be decided within 3 working days, if you believe that a delay would cause serious problems with your mental health, including problems with your ability to gain, maintain or regain important life functions.

If you have questions about this notice, you may call and talk to a representative of your mental health plan at 1-800-750-2727 or write to: Officer of the Day, Behavioral Health Access Center, 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA 94103.

If you are dissatisfied with the outcome of your appeal, you may request a state hearing. The other side of this form will explain how to request a hearing.

cc: Office of Quality Management

Medi-Cal Specialty Mental Health Services Program
NOTICE OF ACTION-B

Date:_____

To: _____, Medi-Cal Number_____

The mental health plan for San Francisco County has ☐ denied ☐ changed your provider's request for payment of the following service(s):

_____

The request was made by: (provider name) _____
The original request from your provider was dated _____.
The mental health plan took this action based on information from your provider for the reason checked below:

☐ Your mental health condition does not meet the medical necessity criteria for psychiatric inpatient hospital services or related professional services (Title 9, California Code of Regulations (CCR), Section 1820.205).

☐ Your mental health condition does not meet the medical necessity criteria for specialty mental health services other than psychiatric inpatient hospital services for the following reason (Title 9, CCR, Section 1830.205): _____
_____
_____

☐ The service requested is not covered by the mental health plan (Title 9, CCR, Section 1810.345).

☐ The mental health plan requested additional information from your provider that the plan needs to approve payment of the proposed service. To date, the information has not been received.

☐ The mental health plan will pay for the following service(s) instead of the service requested by your provider, based on the available information on your mental health condition and service needs: _____
_____

☐ Other _____
_____

If you don't agree with the plan's decision, you may:
1. You may file an appeal with your mental health plan. To do this, you may file an appeal by phone at 1-800-750-2727, or in person with the Officer of the Day at the Behavioral Health Access Center, 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA, or write to: Grievance Officer, Office of Quality Management, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103, or follow the directions in the information brochure the mental health plan has given you. You must file an appeal within 90 days of the date of this notice. In most cases the mental health plan must make a decision on your appeal within 45 days of your request. You may request an expedited appeal, which must be decided within 3 working days, if you believe that a delay would cause serious problems with your mental health, including problems with your ability to gain, maintain or regain important life functions. You can request that your services stay the same until an appeal decision is made. To keep your services you must file an appeal within 10 days of the date of this notice or before the effective date of the change in services, whichever is later. The services requested were previously approved by the plan for the period _____. The effective date for the change in these services is _____.

2. If you are dissatisfied with the outcome of your appeal, you may request a state hearing which may allow services to continue while you wait for the hearing. The other side of this notice explains how to request a hearing. You can request that your services stay the same until a hearing decision is made. To keep your services you must file an appeal within 10 days of the date of this notice or before the effective date of the change in services, whichever is later. The services requested were previously approved by the plan for the period _____. The effective date for the change in these services is _____. The services may continue while you wait for a resolution of your hearing.

3. You may ask the plan to arrange for a second opinion about your mental health condition. To do this, you may call and talk to a representative of your mental health plan at 1-800-750-2727 or write to: Officer of the Day, Behavioral Health Access Center, 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA 94103.

cc: Office of Quality Management

Medi-Cal Specialty Mental Health Services Program
NOTICE OF ACTION-C
(Post-Service Denial of Payment)

Date:_____

To: _____, Medi-Cal Number_____

The mental health plan for San Francisco County has ☐denied ☐changed your provider's request for payment of the following service(s):

_____

The request was made by: (provider name) _____

The original request from your provider was dated _____ and your provider says that you received the service(s) on the following date(s): _____

THIS IS NOT A BILL. YOU WILL NOT HAVE TO PAY FOR THE SERVICE OR SERVICES DESCRIBED ON THIS FORM.

The mental health plan took this action based on information from your provider for the reason checked below:

☐ Your mental health condition as described to us by your provider did not meet the medical necessity criteria for psychiatric inpatient hospital services or related professional services (Title 9, California Code of Regulations (CCR), Section 1820.205).

☐ Your mental health condition as described to us by your provider did not meet the medical necessity criteria for specialty mental health services other than psychiatric inpatient hospital services for the following reason (Title 9, CCR, Section 1830.205): _____

_____

☐ The service provided is not covered by the mental health plan (Title 9, CCR, Section 1810.345).

☐ The mental health plan requested additional information from your provider that the plan needs to approve payment of the service you received. To date, the information has not been received.

☐ Other _____

_____

If you don't agree with the plan's decision, you may:
You may file an appeal with your mental health plan. To do this, you may file an appeal by phone at 1-800-750-2727, or in person with the Officer of the Day at the Behavioral Health Access Center, 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA, or write to: Grievance Officer, Office of Quality Management, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103, or follow the directions in the information brochure the mental health plan has given you. You must file an appeal within 90 days of the date of this notice.

If you are unhappy with the outcome of your appeal, you may request a state hearing. The other side of this notice explains how to request a hearing. The state hearing will decide if the plan should pay your provider for the service that you already received. Whatever the appeal or state hearing decision, you will not have to pay for the service.

cc: Office of Quality Management

Medi-Cal Specialty Mental Health Services Program
NOTICE OF ACTION-D
(Delay in Grievance/Appeal Processing)

Date:_____

To: _____, Medi-Cal Number_____

The mental health plan for San Francisco County has not processed your ☐grievance ☐appeal ☐expedited appeal on time.

Our records show you made your request on: _____

You requested that: _____

_____

_____

We are sorry for the delay in answering your request. We will continue to work on your request and hope to provide you with a decision soon.

If your request was about the denial of or a change in the mental health services you receive from the mental health plan and you do not want to wait for our decision, you may request a state hearing to consider the denial or change. You may also ask that the state hearing consider the reason for the delay.

If your request was about another issue, you may request a state hearing to consider the reason for the delay. The other side of this form explains how to request a state hearing.

This notice is required pursuant to Title 42, Code of Federal Regulations, Part 438, Subpart F.

cc: Office of Quality Management

Medi-Cal Specialty Mental Health Services Program
NOTICE OF ACTION-E
(Lack of Timely Service)

Date: _____

To: _____, Medi-Cal Number_____

The mental health plan for San Francisco County has not provided services within _____ working days of the date of the initial service request.

Our records show that you requested services, or services were requested on your behalf on: _____

The following services were requested by you or on your behalf: _____

_____

_____

We are sorry for the delay in providing timely services. We are working on your request and hope to provide you with the requested service(s) soon.

You may request a state hearing to consider the reason for the delay.

The other side of this form explains how to request a state hearing.

This notice is required pursuant to Title 42, Code of Federal Regulations, Part 438, Subpart F.

cc: Office of Quality Management

YOUR HEARING RIGHTS

You only have 90 days to ask for a hearing. The 90 days start either:

1. The day after we personally gave you this the mental health plan's appeal decision notice, OR
2. The day after the postmark date of this mental health plan's appeal decision notice.

Expedited State Hearings

It usually takes about 90 days from the date of your request to make a hearing decision. If you think this timing will cause serious problems with your mental health, including problems with your ability to gain, maintain or regain important life functions, you may request an expedited state hearing. **To request an expedited hearing, please check the 1st box in the right hand column of this page under HEARING REQUEST and include the reason why you are requesting an expedited hearing.** If your expedited hearing request is approved, a hearing decision will be issued within three working days of the date your request is received by the State Hearings Division.

To Keep Your Same Services While You Wait for A Hearing

- You must ask for a hearing within 10 days from the date the mental health plan's appeal decision notice was mailed or personally given to you or before the effective date of the change in services, whichever is later.
- Your Medi-Cal mental health services will stay the same until a final hearing decision is made which is adverse to you, you withdraw your request for a hearing, or the time period or service limits for your current services expire, whichever happens first.

State Regulations Available

State regulations, including those covering state hearings, are available at your local county welfare office.

To Get Help

You may get free legal help at your local legal aid office or other groups. You can ask about your hearing rights or free legal aid from the Public Inquiry and Response Unit:

Call toll free: 1-800-952-5253
If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349

Authorized Representative

You can represent yourself at the state hearing. You can also be represented by a friend, an attorney or anyone else you choose. You must arrange for this representative yourself.

Information Practices Act Notice (California Civil Code Section 1798, et. seq.) The information you are asked to write in on this form is needed to process your hearing request. Processing may be delayed if the information is not complete. A case file will be set up by the State Hearings Division of the Department of Social Services. You have the right to examine the materials that make up the record for decision and may locate this record by contacting the Public Inquiry and Response Unit (phone number shown above). Any information you provide may be shared with the mental health plan, the State Departments of Health Services and Mental Health and with the U.S. Department of Health and Human Services (Authority: Welfare and Institutions Code, Section 14100.2).

HOW TO ASK FOR A STATE HEARING

The best way to ask for a hearing is to fill out this page. Make a copy of the front and back for your records. Then send this page to:

State Hearings Division
California Department of Social Services
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2430

Another way to ask for a hearing is to call 1-800-952-5253. If you are deaf and use TDD, call 1-800-952-8349.

HEARING REQUEST

I want a hearing because of a Medi-Cal related action by the Mental Health Plan of San Francisco County.

☐ Check here if you want an expedited state hearing and include the reason below.

Here's why: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ Check here and add a page if you need more space.

My name: (print) _____
My Social Security Number: _____
My Address: (print) _____

_____
My phone number: (____)_____
My signature: _____
Date: _____

I need an interpreter at no cost to me. My language or dialect is: _____

I want the person named below to represent me at this hearing. I give my permission for this person to see my records and to come to the hearing for me.

Name _____
Address _____

_____
Phone number: _____

Программа услуг специалистов по психиатрической помощи Medi-Cal
УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ-А
(Оценка)

Дата: _____

Кому: _____, номер Medi-Cal _____

Рассмотрев результаты оценки состояния Вашего психического здоровья, план страхования психического здоровья по округу San Francisco County принял решение о том, что состояние Вашего психического здоровья не удовлетворяет критериям медицинской необходимости соответствия требованиям на получение услуг специалистов по психиатрической помощи в рамках этого плана.

По мнению плана страхования психического здоровья, состояние Вашего психического здоровья не удовлетворяет критериям медицинской необходимости, предусмотренным в постановлениях штата в статье 1830.205 раздела 9 Кодекса постановлений Калифорнии, по причине, отмеченной галочкой ниже:

☐ Диагноз Вашего психического заболевания, установленный проведенной оценкой, не охватывается планом психического здоровья (статья 1830.205(b)(1) раздела 9 Кодекса постановлений Калифорнии).

☐ Состояние Вашего психического здоровья не доставляет Вам достаточно серьезных проблем в повседневной жизни, чтобы дать Вам право на получение услуг специалистов по психиатрической помощи со стороны плана психического здоровья (статья 1830.205(b)(2) раздела 9 Кодекса постановлений Калифорнии).

☐ Услуги специалистов по психиатрической помощи, предоставляющиеся в рамках плана страхования психического здоровья, скорее всего, не помогут Вам поддерживать или улучшить состояние Вашего психического здоровья (статьи 1830.205(b)(3)(A) и (B) раздела 9 Кодекса постановлений Калифорнии).

☐ Состояние Вашего психического здоровья поддается лечению, проводимому Вашим поставщиком медицинских услуг, наблюдающим за Вашим физическим здоровьем (статья 1830.205(b)(3)(C) раздела 9 Кодекса постановлений Калифорнии).

Если Вы согласны с решением плана страхования психического здоровья и желаете получить информацию о том, как найти поставщика услуг за пределами плана, который будет Вас лечить, можете позвонить и поговорить с представителем Вашего плана психического здоровья по телефону 415-255-3694 или написать письмо на адрес: Client Ombudsman, Office of Cultural Competence and Client Relations, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103.

Если Вы не согласны с решением плана страхования психического здоровья, Вы можете выполнить одно или несколько из следующих действий:

Вы можете попросить план страхования психического здоровья организовать получение заключение другого врача о состоянии Вашего психического здоровья. Для этого можно позвонить, чтобы поговорить с представителем Вашего плана страхования психического здоровья по телефону 1-800-750-2727 или написать письмо на адрес: Officer of the Day, Behavioral Health Access Center, 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA 94103.

Вы можете подать апелляционную жалобу в Ваш план страхования психического здоровья. Для того чтобы это сделать, Вы можете подать апелляционную жалобу по телефону, позвонив по номеру 1-800-750-2727, или лично, подав эту жалобу дежурному работнику Центра по доступу к охране психического здоровья (Behavioral Health Access Center) по адресу: 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA, или написать письмо на адрес: Grievance Officer, Office of Quality Management, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103 или следовать инструкциям в брошюре с информацией, которую предоставил Вам план страхования психического здоровья. Вы должны подать апелляционную жалобу в течение 90 дней с даты этого уведомления. В большинстве случаев план страхования психического здоровья должен принять решение по Вашей апелляционной жалобе в течение 45 дней после получения Вашего запроса. Вы можете запросить ускоренное рассмотрение апелляционной жалобы, решение по которой должно быть принято в течение 3 рабочих дней, если Вы считаете, что задержка причинит Вашему психическому здоровью серьезные проблемы, включая проблемы с Вашей способностью обрести, поддерживать или восстановить важные жизненные функции.

Если у Вас появятся вопросы об этом уведомлении, можете позвонить, чтобы поговорить с представителем Вашего плана страхования психического здоровья по телефону 1-800-750-2727 или написать письмо на адрес: Officer of the Day, Behavioral Health Access Center, 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA 94103.

Если Вы не удовлетворены результатом поданной Вами апелляционной жалобы, Вы можете запросить проведение слушания на уровне штата. На обратной стороне этой формы объясняется порядок подачи запроса на проведение слушания.

cc: Office of Quality Management

Программа услуг специалистов по психиатрической помощи Medi-Cal
УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ-B

Дата:_____

Кому: _____, номер Medi-Cal _____

План страхования психического здоровья по округу San Francisco County ☐ отказал удовлетворить ☐ изменил требование Вашего поставщика услуг об оплате следующей услуги (услуг):

_____

Кем было подано требование: (имя и фамилия поставщика услуг): _____
Первоначальное требование от Вашего поставщика услуг было датировано _____.
План страхования психического здоровья предпринял это действие на основании информации, полученной от Вашего поставщика услуг, по причине, отмеченной галочкой ниже:

☐ Состояние Вашего психического здоровья не удовлетворяет критериям медицинской необходимости для получения больничных психиатрических услуг в качестве госпитализированного пациента или сопутствующих услуг специалистов (статья 1820.205 раздела 9 Кодекса постановлений Калифорнии).

☐ Состояние Вашего психического здоровья не удовлетворяет критериям медицинской необходимости для получения каких-либо других услуг специалистов по психиатрической помощи, кроме больничных психиатрических услуг в качестве госпитализированного пациента по следующей причине (статья 1830.205 раздела 9 Кодекса постановлений Калифорнии):

_____

_____

☐ Запрошенная услуга не оплачивается планом страхования психического здоровья (статья 1810.345 раздела 9 Кодекса постановлений Калифорнии).

☐ План страхования психического здоровья запросил у Вашего поставщика услуг дополнительную информацию, которая требуется плану для одобрения оплаты предлагаемой услуги. Эта информация до сих пор не была получена.

☐ План страхования психического здоровья будет оплачивать следующую услугу(-и) вместо услуги, запрошенной Вашим поставщиком услуг, на основании имеющейся информации о состоянии Вашего психического здоровья и потребностях в услугах:

_____

☐ Другое _____

Если Вы не согласны с решением плана страхования психического здоровья, Вы можете сделать следующее:
1. Вы можете подать апелляционную жалобу в Ваш план страхования психического здоровья. Для того чтобы это сделать, Вы можете подать апелляционную жалобу по телефону, позвонив по номеру 1-800-750-2727, или лично, подав эту жалобу дежурному работнику Центра по доступу к охране психического здоровья (Behavioral Health Access Center) по адресу: 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA, или написать письмо на адрес: Grievance Officer, Office of Quality Management, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103 или следовать инструкциям в брошюре с информацией, которую предоставил Вам план страхования психического здоровья. Вы должны подать апелляционную жалобу в течение 90 дней с даты этого уведомления. В большинстве случаев план страхования психического здоровья должен принять решение по Вашей апелляционной жалобе в течение 45 дней после подачи Вашего запроса. Вы можете запросить ускоренное рассмотрение апелляционной жалобы, решение по которой должно быть принято в течение 3 рабочих дней, если Вы считаете, что задержка причинит серьезные проблемы Вашему психическому здоровью, включая проблемы с Вашей способностью обрести, поддерживать или восстановить важные жизненные функции. Вы можете попросить о том, чтобы Ваши услуги оставались без изменения до тех пор, пока не будет принято решение по апелляционной жалобе. Для того чтобы сохранить получаемые Вами услуги, Вы должны подать апелляционную жалобу в течение 10 дней с даты этого уведомления или до наступления даты вступления в силу изменения услуг, в зависимости от того, какая дата наступает позднее. Запрошенные услуги были ранее одобрены планом страхования психического здоровья на период _____. Датой вступления в силу изменения этих услуг является _____.

2. Если Вы не удовлетворены результатом поданной Вами апелляционной жалобы, Вы можете запросить проведение слушания на уровне штата, которое может разрешить продолжать получать услуги, пока Вы ожидаете проведения слушания. На обратной стороне этого уведомления объясняется порядок подачи запроса на проведение слушания. Вы можете попросить о том, чтобы Ваши услуги оставались без изменения до тех пор, пока на слушании не будет принято решение. Для того чтобы сохранить свои услуги, Вы должны подать апелляционную жалобу в течение 10 дней с даты этого уведомления или до наступления даты вступления в силу изменения услуг, в зависимости от того, какая дата наступает позднее. Запрошенные услуги были ранее одобрены планом страхования психического здоровья на период _____. Датой вступления в силу изменения этих услуг является _____.
Услуги могут продолжать предоставляться, пока Вы ожидаете решения Вашего слушания.

3. Вы можете попросить план страхования психического здоровья организовать получение заключения другого врача о состоянии Вашего психического здоровья. Для этого можно позвонить, чтобы поговорить с представителем Вашего плана страхования психического здоровья по телефону 1-800-750-2727 или написать письмо на адрес: Officer of the Day, Behavioral Health Access Center, 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA 94103.

cc: Office of Quality Management

Программа услуг специалистов по психиатрической помощи Medi-Cal
УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ-С
(Отказ от оплаты после оказания услуги)

Дата:_____

Кому: _____, номер Medi-Cal _____

План страхования психического здоровья по округу San Francisco County ☐ отказал удовлетворить ☐ изменил требование Вашего поставщика услуг об оплате следующей услуги (услуг):

_____

Кем было подано требование: (имя и фамилия поставщика услуг) _____

Первоначальное требование от Вашего поставщика услуг было датировано _____, и Ваш поставщик услуг говорит, что Вы получили эту услугу(-и) в следующий день (дни):

_____

ЭТО НЕ СЧЕТ. ВАМ НЕ ПОНАДОБИТСЯ ПЛАТИТЬ ЗА УСЛУГУ ИЛИ УСЛУГИ, ОПИСЫВАЕМЫЕ В ЭТОЙ ФОРМЕ.

План страхования психического здоровья предпринял это действие на основании информации, полученной от Вашего поставщика услуг, по причине, отмеченной галочкой ниже:

☐ Состояние Вашего психического здоровья, как его описал нам Ваш поставщик услуг, не удовлетворяет критериям медицинской необходимости для получения больничных психиатрических услуг в качестве госпитализированного пациента или сопутствующих услуг специалистов (статья 1820.205 раздела 9 Кодекса постановлений Калифорнии).

☐ Состояние Вашего психического здоровья, как его описал нам Ваш поставщик услуг, не удовлетворяет критериям медицинской необходимости для получения других услуг специалистов по психиатрической помощи, кроме больничных психиатрических услуг в качестве госпитализированного пациента по следующей причине (статья 1830.205 раздела 9 Кодекса постановлений Калифорнии):

_____

_____

☐ Запрошенная услуга не оплачивается планом страхования психического здоровья (статья 1810.345 раздела 9 Кодекса постановлений Калифорнии).

☐ План страхования психического здоровья запросил у Вашего поставщика услуг дополнительную информацию, которая требуется плану для одобрения оплаты полученной Вами услуги. Эта информация до сих пор не была получена.

☐ Другое _____

_____

Если Вы не согласны с решением плана страхования психического здоровья, Вы можете сделать следующее: Вы можете подать апелляционную жалобу в Ваш план страхования психического здоровья. Для того чтобы это сделать, Вы можете подать апелляционную жалобу по телефону, позвонив по номеру 1-800-750-2727, или лично, подав эту жалобу дежурному работнику Центра по доступу к охране психического здоровья (Behavioral Health Access Center) по адресу: 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA, или написать письмо на адрес: Grievance Officer, Office of Quality Management, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103 или следовать инструкциям в брошюре с информацией, которую предоставил Вам план страхования психического здоровья. Вы должны подать апелляционную жалобу в течение 90 дней с даты этого уведомления.

Если Вы не удовлетворены результатом поданной Вами апелляционной жалобы, Вы можете запросить проведение слушания на уровне штата. На обратной стороне этого уведомления объясняется порядок подачи запроса на проведение слушания. На слушании штата будет принято решение, следует ли плану страхования психического здоровья заплатить Вашему поставщику услуг за услугу, которую Вы уже получили. Независимо от того, какое решение будет принято по апелляционной жалобе или слушанием, Вам платить за эту услугу не придется.

cc: Office of Quality Management

Программа услуг специалистов по психиатрической помощи Medi-Cal
УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ-D
(Задержка оформления жалобы /апелляции)

Дата: _____

Кому: _____, номер Medi-Cal _____

План страхования психического здоровья по округу San Francisco County вовремя не оформил Вашу ☐жалобу

☐апелляцию ☐ускоренную апелляционную жалобу.

В нашей документации указывается, что Вы подали свою заявку: _____

Вы обратились с запросом о том, чтобы:

_____

_____

_____

Приносим свои извинения за задержку с ответом на Ваш запрос. Мы продолжаем работать над Вашим запросом и надеемся вскоре предоставить Вам решение.

Если Ваш запрос был подан в связи с отказом или изменением услуг психиатрической помощи, получаемых Вами от плана страхования психического здоровья, и Вы не хотите дожидаться принятия нами решения, Вы имеете право подать запрос на проведение слушания штата, чтобы был рассмотрен этот отказ или изменение. Вы можете также попросить о том, чтобы на слушании штата была рассмотрена причина задержки.

Если Ваш запрос был относительно другого вопроса, Вы можете запросить проведение слушания штата для рассмотрения причины задержки. На обратной стороне этой формы объясняется порядок подачи запроса о проведении слушания штата.

Это уведомление требуется в соответствии с Частью 438, подразделом F раздела 42 Кодекса федеральных правил.

cc: Office of Quality Management

Программа услуг специалистов по психиатрической помощи Medi-Cal
УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ-E
(Отсутствие своевременно оказанной услуги)

Дата: _____

Кому: _____, номер Medi-Cal _____

План страхования психического здоровья по округу San Francisco County не предоставил услуги в течение _____ рабочих дней со дня получения первоначального запроса о предоставлении услуг.

В нашей документации указывается, что Вы запросили предоставить услуги, или оказание услуг было запрошено от Вашего имени: _____.

Вами или кем-то от Вашего имени было запрошено оказание следующих услуг: _____

_____

_____

Приносим свои извинения за задержку в своевременном предоставлении услуг. Мы работаем над Вашим запросом и надеемся вскоре предоставить Вам запрошенную услугу(-и).

Вы имеете право подать запрос на проведение слушания штата для рассмотрения причины задержки.

На обратной стороне этой формы объясняется порядок подачи запроса о проведении слушания штата.

Это уведомление требуется в соответствии с Частью 438, подразделом F раздела 42 Кодекса федеральных правил.

cc: Office of Quality Management

ВАШИ ПРАВА НА ПРОВЕДЕНИЕ СЛУШАНИЯ

В вашем распоряжении имеется только 90 дней на то, чтобы запросить проведение слушания. Эти 90 дней начинаются либо:

1. на следующий день после того, как мы лично вручили Вам это уведомление о решении по апелляционной жалобе плана страхования психического здоровья, ИЛИ
2. на следующий день после даты почтового штемпеля этого уведомления о решении по апелляционной жалобе плана страхования психического здоровья.

Ускоренные слушания штата

Обычно занимает около 90 дней со дня подачи Вашего запроса на принятие решения на слушании. Если Вы считаете, что этот срок вызовет серьезные проблемы с Вашим психическим здоровьем, включая проблемы с Вашей способностью обрести, поддерживать или восстановить важные жизненные функции, Вы можете подать запрос о проведении ускоренного слушания штата. **Для того чтобы запросить проведение ускоренного слушания, отметьте галочкой 1-ю клетку в правой колонке на этой странице под заголовком ЗАПРОС НА ПРОВЕДЕНИЕ СЛУШАНИЯ, и укажите причину, по которой Вы просите провести ускоренное слушание.** Если Ваш запрос на проведение ускоренного слушания будет одобрен, решение слушания будет принято в течение трех рабочих дней с момента получения Вашего запроса Отделом слушаний штата (State Hearings Division).

Для того чтобы сохранить свои прежние услуги, пока Вы ожидаете проведения слушания

- Вы должны попросить о проведении слушания в течение 10 дней со дня отправления по почте или личного вручения Вам уведомления о решении по апелляционной жалобе плана страхования психического здоровья или до даты вступления в силу изменения услуг, в зависимости от того, какая дата наступает позднее.
- Ваши услуги по оказанию психиатрической помощи Medi-Cal будут оставаться прежними до тех пор, пока на слушании не будет принято окончательное решение, являющееся для Вас отрицательным, пока Вы не отзовете Ваш запрос на проведение слушания или пока не истечет период времени или предельный срок получения Ваших нынешних услуг, в зависимости от того, что наступит скорее.

Можно получить экземпляр постановлений органов штата

Постановления органов штата, в том числе те, которые касаются слушаний штата, можно получить в своем местном окружном офисе социального обеспечения.

Как получить помощь

Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в своей местной юридической консультации или других группах. Вы можете попросить информацию о своих правах на проведение слушания или бесплатной юридической помощи в Общественном отделе наведения справок и откликов (Public Inquiry and Response Unit):

Бесплатный номер: 1-800-952-5253
Если Вы страдаете глухотой и используете телефонную приставку для глухих, звоните по телефону: 1-800-952-8349

Уполномоченный представитель

Во время слушания штата Вы можете сами представлять свои интересы. Ваши интересы также может представлять друг, адвокат или любое другое лицо по Вашему выбору. Вы должны сами позаботиться о наличии такого представителя.

Уведомление о Законе о порядке предоставления информации (Раздел 1798 и далее Гражданского кодекса Калифорнии)

Информация, которую от Вас требуется записать в этой форме, необходима для оформления Вашего запроса о проведении слушания. Если информация представлена не в полном объеме, оформление может задержаться. Отдел по проведению слушаний штата Департамента социальных услуг заведет досье по делу. У Вас есть право изучить материалы, составляющие документацию, служащую для вынесения решения, и можете найти эту документацию, обратившись в Общественный отдел наведения справок и откликов (номер телефона указан выше). Любой предоставленной Вами информацией могут делиться с планом страхования психического здоровья, Государственными департаментами здравоохранения и охраны психического здоровья, а также Министерством здравоохранения и социальных служб США (источник права: Раздел 14100.2 Кодекса о социальном обеспечении и учреждениях).

ПОРЯДОК ЗАПРОСА ПРОВЕДЕНИЯ СЛУШАНИЯ ШТАТА

Лучшим способом запросить проведение слушания является заполнение этой страницы. Снимите копию лицевой и обратной сторонки Вашей документации, а затем отошлите эту страницу на адрес:

State Hearings Division
California Department of Social Services
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2430

Другим способом подачи запроса о проведении слушания является звонок по телефону 1-800-952-5253. Если Вы страдаете глухотой и используете телефонную приставку для глухих, звоните по телефону 1-800-952-8349.

ЗАПРОС О ПРОВЕДЕНИИ СЛУШАНИЯ

Я хочу, чтобы было проведено слушание в связи с решением, связанным с Medi-Cal, принятым Планом страхования психического здоровья округа San Francisco County.

☐ Отметьте галочкой здесь, если хотите, чтобы было проведено ускоренное слушание штата, и причину укажите ниже.

Вот по какой причине:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

☐ Отметьте галочкой здесь и приложите еще одну страницу, если не хватит места.

Мое имя и фамилия: (печатными буквами)

_____

Мой номер социального обеспечения:

_____

Мой адрес: (печатными буквами)

_____
_____

Мой телефон: (_____)_____
Моя подпись: _____
Дата: _____

Мне нужен бесплатный переводчик. Мой родной язык или диалект:

_____

Я хочу, чтобы лицо, указанное ниже, представляло мои интересы на этом слушании. Я даю разрешение этому лицу просматривать мою документацию и прийти от моего имени на слушание.

Имя и фамилия _____
Адрес _____
_____
Телефон: _____

Programa de servicios de salud mental especializados del *Medi-Cal*
AVISO DE ACCIÓN-A
(Evaluación)

Fecha: _____

Para: _____, Número de *Medi-Cal* _____

El plan de salud mental para el Condado de San Francisco ha decidido, después de revisar los resultados de una evaluación de su condición de salud mental, que su condición de salud mental no cumple con los criterios de necesidades médicas para que usted sea elegible para los servicios de salud mental especializados a través del plan.

En opinión del plan de salud mental, su condición de salud mental no cumple con los criterios de necesidades médicas, que están cubiertos por los reglamentos estatales en el Título 9 del Código de Reglamentos de California (CCR), Sección 1830.205, por la razón que se señala a continuación:

☐ Su diagnóstico de salud mental como está identificado por la evaluación, no está cubierto por el plan de salud mental (Título 9, CCR, Sección 1830.205(b)(1)).

☐ Su condición de salud mental no le ocasiona a usted en su vida diaria problemas que sean lo suficientemente serios para hacer que usted sea elegible para servicios de salud mental especializados del plan de salud mental (Título 9, CCR, Sección 1830.205(b)(2)).

☐ Los servicios de salud mental especializados disponibles en el plan de salud mental probablemente no le ayudarán a usted a mantener o mejorar su condición de salud mental (Título 9, CCR, Sección 1830.205(b)(3)(A) y(B)).

☐ Su condición de salud mental respondería al tratamiento por un proveedor de cuidados de salud física (Título 9, CCR, 1830.205(b)(3)(C)).

Si usted está de acuerdo con la decisión del plan y le gustaría obtener información sobre cómo encontrar un proveedor por fuera del plan para que le provea tratamiento a usted, llame y hable con un representante de su plan de salud mental a la línea 415-255-3694 o escriba a: Defensor del cliente, Oficina de competencia cultural y relaciones con los clientes, en 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103.

Si usted no está de acuerdo con la decisión del plan, usted puede hacer una o más de las siguientes cosas:

Usted puede pedirle al plan que busque una segunda opinión acerca de su condición de salud mental. Para hacerlo, usted puede llamar y hablar con un representante de su plan de salud mental en la línea 1-800-750-2727 o escriba a: Funcionario del día, Centro de acceso a la salud mental, en 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA 94103.

Usted puede presentar una apelación ante su plan de salud mental. Para hacerlo, usted puede presentar una apelación por teléfono llamando al 1-800-750-2727, o en persona ante el Funcionario del día en el Centro de acceso a la salud mental, en 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA, o escriba al encargado de quejas en: Grievance Officer, Office of Quality Management, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103, o siga las instrucciones que están en el folleto de información que el Plan de salud mental le entregó a usted. Usted debe presentar una apelación durante los 90 días siguientes a la fecha de este aviso. En la mayoría de los casos, el plan de salud mental debe tomar una decisión sobre su apelación dentro de los 45 días de su solicitud. Usted puede solicitar una apelación expedita, que se debe decidir durante los 3 días hábiles siguientes, si usted cree que un retraso podría causarle problemas serios con su salud mental, incluyendo problemas con la capacidad para lograr, mantener o recuperar funciones de vida importantes.

Si usted tiene preguntas sobre este aviso, usted puede llamar y hablar con un representante de su plan de salud mental en la línea 1-800-750-2727 o escribir a: Officer of the Day, Behavioral Health Access Center, 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA 94103.

Si usted no está satisfecho(a) con el resultado de su apelación, usted puede solicitar una audiencia ante el Estado. En la otra cara de este formulario se explica cómo solicitar una audiencia.

cc: Office of Quality Management

Programa de servicios de salud mental especializados del *Medi-Cal*
AVISO DE ACCIÓN-B

Fecha:_____

Para: _____, Número de *Medi-Cal*: _____

El plan de salud mental del Condado de San Francisco ha negado ☐ cambiado ☐ la solicitud de su proveedor para el pago del siguiente(s) servicio(s):

_____

La solicitud la hizo: (nombre del proveedor) _____
La solicitud original de su proveedor tiene fecha del día _____.
El plan de salud mental tomó esta acción con base en información de su proveedor por la razón indicada a continuación:

☐ Su condición de salud mental no cumple los criterios de necesidad médica para servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados o servicios profesionales relacionados (Título 9, Código de Reglamentos de California (CCR), Sección 1820.205).

☐ Su condición de salud mental no cumple los criterios de necesidad médica para servicios de salud mental especializados distintos a los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados por la siguiente razón (Título 9, CCR, Sección 1830.205):

_____

_____

☐ El Plan de salud mental no cubre el servicio solicitado (Título 9, CCR, Sección 1810.345).

☐ El Plan de salud mental solicitó información adicional de su proveedor que el plan necesita para aprobar el pago del servicio propuesto. Hasta la fecha, no se ha recibido la información.

☐ El plan de salud mental pagará el siguiente(s) servicio(s) en vez del servicio solicitado por su proveedor, con base en la información que hay sobre su condición de salud mental y las necesidades de servicio: _____

_____

☐ Otra razón: _____

_____

Si usted no está de acuerdo con la decisión del plan, usted puede:
1. Presentar una apelación ante su Plan de salud mental. Para hacerlo, usted puede presentar la apelación por teléfono llamando a la línea 1-800-750-2727, o puede hacerlo en persona ante el Funcionario del día en el Centro de acceso a la salud mental, ubicado en 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA, o escriba a: Grievance Officer, Office of Quality Management, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103; o siga las instrucciones que están en el folleto informativo que el Plan de salud mental le entregó a usted. Usted debe presentar la apelación durante los 90 días siguientes a la fecha de este aviso. En la mayoría de los casos, el plan de salud debe tomar una decisión sobre su apelación dentro de los 45 días de su solicitud. Usted puede solicitar una apelación expedita, que se debe decidir durante los 3 días hábiles siguientes, si usted cree que un retraso podría causarle problemas serios con su salud mental, incluyendo problemas con la capacidad para lograr, mantener o recuperar funciones de vida importantes. Usted puede solicitar que sus servicios sigan siendo iguales hasta que se tome la decisión sobre su apelación. Para mantener sus servicios, usted debe presentar una apelación durante los 10 días siguientes a este aviso o antes de la fecha efectiva para el cambio de los servicios, lo que ocurra más tarde. Los servicios solicitados fueron aprobados previamente por el plan para el periodo _____. La fecha efectiva para el cambio en estos servicios es _____.

2. Si usted no está satisfecho con el resultado de su apelación, usted puede solicitar una audiencia ante el Estado, lo que puede permitir que los servicios continúen mientras usted espera a que se haga la audiencia. En la otra cara de esta hoja, se explica cómo solicitar una audiencia. Usted puede solicitar que sus servicios sigan siendo iguales hasta que se tome una decisión sobre su audiencia. Para mantener sus servicios usted debe presentar una apelación durante los 10 días siguientes a la fecha de este aviso o antes de la fecha efectiva para el cambio en los servicios, lo que ocurra más tarde. Los servicios solicitados fueron aprobados previamente por el plan para el periodo _____. La fecha efectiva para el cambio en estos servicios es _____. Los servicios pueden continuar mientras usted espera que se resuelva su audiencia.

3. Usted puede pedirle al plan que busque una segunda opinión sobre la condición de salud mental de usted. Para hacerlo, usted puede llamar y hablar con un representante de su plan de salud mental en la línea 1-800-750-2727, o puede escribir a: Officer of the Day, Behavioral Health Access Center, 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA 94103.

cc: Office of Quality Management

Programa de servicios de salud mental especializados del *Medi-Cal*
AVISO DE ACCIÓN-C
(Negación del pago después del servicio)

Fecha: _____

Para: _____, Número de *Medi-Cal* _____

El Plan de salud mental para el Condado de San Francisco ha negado ☐ cambiado ☐ la solicitud de su proveedor para el pago del siguiente(s) servicio(s):

_____

La solicitud la hizo: (nombre del proveedor) _____

La solicitud original de su proveedor tiene fecha del día _____ y su proveedor dice que usted recibió el servicio(s) en la siguiente fecha(s): _____

ESTO NO ES UNA FACTURA. USTED NO TENDRÁ QUE PAGAR POR EL SERVICIO O LOS SERVICIOS DESCRITOS EN ESTE FORMULARIO.

El Plan de salud mental tomó esta acción con base en información de su proveedor por la razón indicada a continuación:

☐ Su condición de salud mental, como nos la describe su proveedor, no cumple los criterios de necesidad médica para servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados o servicios profesionales relacionados (Título 9, Código de Reglamentos de California (CCR), Sección 1820.205).

☐ Su condición de salud mental, como nos la describe su proveedor, no cumple los criterios de necesidad médica para servicios de salud mental especializados distintos a los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados por la siguiente razón (Título 9, CCR, Sección 1830.205): _____

_____

☐ El Plan de salud mental no cubre el servicio solicitado (Título 9, CCR, Sección 1810.345).

☐ El Plan de salud mental solicitó información adicional de su proveedor que el plan necesita para aprobar el pago del servicio que usted recibió. Hasta la fecha, no se ha recibido la información.

☐ Otra razón _____

_____

Si usted no está de acuerdo con la decisión del plan, usted puede:
Presentar una apelación ante su Plan de salud mental. Para hacerlo, usted puede presentar la apelación por teléfono llamando a la línea 1-800-750-2727, o puede hacerlo en persona ante el Funcionario del día en el Centro de acceso a la salud mental, ubicado en 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA, o escriba a: Grievance Officer, Office of Quality Management, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103; o siga las instrucciones que están en el folleto informativo que el Plan de salud mental le entregó a usted. Usted debe presentar la apelación durante los 90 días siguientes a la fecha de este aviso.

Si usted no está satisfecho con el resultado de su apelación, usted puede solicitar una audiencia ante el Estado. En la otra página de esta hoja se explica cómo solicitar una audiencia. La audiencia ante el Estado decidirá si el Plan debe pagarle a su proveedor por el servicio que usted ya recibió. Sea cual sea la decisión de la apelación o la audiencia del Estado, usted no tendrá que pagar por el servicio.

cc: Office of Quality Management

Programa de servicios de salud mental especializados del *Medi-Cal*
AVISO DE ACCIÓN-D
(Retraso en el procesamiento de una queja/apelación)

Fecha: _____

Para: _____, Número de *Medi-Cal* _____

El Plan de salud mental para el Condado de San Francisco no ha procesado su queja ☐, apelación ☐, apelación expedita ☐ a tiempo.

Nuestros registros muestran que usted hizo la solicitud el día: _____

Usted solicitó que: _____

_____

_____

Nosotros lamentamos el retraso para responder a su solicitud. Seguiremos trabajando en su solicitud y esperamos darle una decisión pronto.

Si su solicitud era sobre la negación de, o un cambio en, los servicios de salud mental que usted recibe del Plan de salud mental y usted no quiere esperar hasta nuestra decisión, usted puede solicitar una audiencia ante el Estado para que considere la negación o el cambio. Usted también puede solicitar que en la audiencia ante el Estado se considere la razón del retraso.

Si su solicitud era sobre otro asunto, usted puede solicitar una audiencia ante el Estado para que se considere la razón del retraso. En la otra página de este formulario se explica cómo solicitar una audiencia ante el Estado.

Este aviso es obligatorio de acuerdo con el Título 42, Código de Reglamentos Federales, Parte 438, Sub-parte F.

cc: Office of Quality Management

Programa de servicios de salud mental especializados del *Medi-Cal*
AVISO DE ACCIÓN-E
(Falta de servicio oportuno)

Fecha: _____

Para: _____, Número de *Medi-Cal* _____

El Plan de salud mental del Condado de San Francisco no ha provisto servicios durante _____ días hábiles desde la fecha de su solicitud inicial de servicio.

Nuestros registros muestran que usted solicitó servicios, o que se solicitaron servicios a su nombre el día: _____

Los siguientes servicios fueron solicitados por usted o a su nombre: _____

_____

_____

Lamentamos el retraso en la provisión de servicios oportunos. Estamos trabajando en su solicitud y esperamos proveerle el servicio(s) solicitado(s) pronto.

Usted puede solicitar una audiencia ante el Estado para que se considere la razón del retraso.

En la otra página de este formulario se explica cómo solicitar una audiencia ante el Estado.

Este aviso es obligatorio de acuerdo con el Título 42, Código de Reglamentos Federales, Parte 438, Sub-parte F.

cc: Office of Quality Management

SUS DERECHOS A AUDIENCIA

Usted sólo tiene 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comienzan:

1. El día siguiente a cuando le entregamos personalmente a este aviso de la decisión de apelación del plan de salud mental, O
2. El día siguiente a la fecha de matasellos del este aviso de la decisión de apelación del plan de salud mental.

Audiencia expedita ante el Estado

Por lo general, tarda unos 90 días a partir de la fecha de su solicitud para hacer una decisión de la audiencia. Si usted cree que este periodo de tiempo puede ocasionarle problemas con su salud mental, incluyendo problemas con su capacidad para lograr, mantener o recuperar funciones de vida importantes, usted puede solicitar una audiencia expedita ante el Estado. **Para solicitar una audiencia expedita, por favor marque la primera casilla en la columna de la derecha de esta página, bajo el título SOLICITUD DE AUDIENCIA, e incluya la razón por la cual está solicitando una audiencia expedita.** Si su solicitud de audiencia expedita es aprobada, se emitirá una decisión de la audiencia durante los tres días hábiles siguientes a la fecha en que la División de Audiencias del Estado reciba su solicitud.

Para mantener sus servicios iguales mientras espera una audiencia

- Usted debe solicitar una audiencia durante los 10 días siguientes a la fecha en que se le envió por correo el aviso de decisión de la apelación del plan de salud mental o la fecha en que se lo entregaron personalmente, o antes de la fecha efectiva para el cambio en los servicios, lo que ocurra más tarde.
- Sus servicios de salud mental del *Medi-Cal* seguirán siendo los mismos hasta que se tome una decisión final que sea desfavorable para usted, usted retire su solicitud de audiencia o el periodo de tiempo o los límites de servicio para sus servicios actuales expiran, lo que ocurra primero.

Reglamentos estatales disponibles

Los reglamentos del Estado, incluyendo los que cubren las audiencias del Estado, están disponibles en su oficina local de bienestar del Condado.

Para obtener ayuda

Usted puede obtener ayuda legal gratuita en su oficina local de ayuda legal o en otros grupos. Usted puede preguntar por sus derechos de audiencia o por ayuda legal gratuita a la Unidad pública de investigación y respuesta: Llamando a la línea gratuita 1-800-952-5253
Si usted es sordo y usa TDD, llame al 1-800-952-8349

Representante autorizado

Usted puede representarse usted mismo en la audiencia ante el Estado. También puede ser representado por un amigo, un abogado o alguien más que usted escoja. Usted mismo debe hacer los arreglos acerca de su representante.

Aviso de la Ley de prácticas de información (Código Civil de California, Sección 1798, et. seq.) La información que a usted le piden que escriba en este formulario es necesaria para procesar su solicitud de audiencia. El procesamiento se puede retrasar si la información no está completa. La División de Audiencias del Estado del Departamento de Servicios Sociales preparará un archivo de caso. Usted tiene derecho a examinar los materiales que conforman el registro para la decisión y puede acceder a este registro contactando a la Unidad pública de investigación y respuesta (la línea telefónica se indicó antes). Cualquier información que usted provea puede ser compartida con el plan de salud mental, los Departamentos de Servicios de Salud y de Salud Mental del Estado y con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (Autorización: Código de bienestar e instituciones, Sección 14100.2).

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA ANTE EL ESTADO

La mejor manera de solicitar una audiencia es llenando esta página. Haga una copia de la parte delantera y trasera para sus registros. Luego, envíe esta página a:

State Hearings Division
California Department of Social Services
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2430

Otra manera de solicitar una audiencia es llamando a la línea 1-800-952-5253. Si usted es sordo y usa TDD, llame a 1-800-952-8349.

SOLICITUD DE AUDIENCIA

Quiero una audiencia debido a una acción relacionada con el *Medi-Cal* que tomó el Plan de salud mental del Condado de San Francisco.

☐ Marque esta casilla si quiere una audiencia expedita del Estado y escriba la razón a continuación.

Esta es la razón: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

☐ Marque esta casilla y agregue una página si necesita más espacio.

Mi nombre: (letra imprenta) _____
Mi número de Seguro Social: _____
Mi dirección: (letra imprenta) _____
_____
Mi número telefónico: (____)_____
Mi firma: _____
Fecha: _____

Necesito un intérprete sin costo para mí. Mi idioma o dialecto es: _____

Quiero que la persona nombrada a continuación, me represente en esta audiencia. Doy mi permiso a esta persona para que vea mis registros y para que asista a la audiencia por mí.

Nombre _____
Dirección _____
_____
Número telefónico: _____

Programang Espesyalidad ng Medi-Cal sa Kalusugang Pangkaisipan
PABATID NA KILOS-A
(Pagtatasa)

Petsa: _____

Para kay: _____, Numero ng Medi-Cal: _____

Ang plano na kalusugang pangkaisipan para sa San Francisco ay nagpasya, matapos masuri ang mga resulta sa pagtatasa ng iyong kondisyon sa pangkaisipang kalusugan, na ang iyong kondisyon sa pagiisip ay hindi naaayon sa tuntunang pangangailangang medikal para matanggap sa mga serbisyong espesyalidad sa kalusugang pangkaisipan ng plano.

Sa opinyon ng plano sa kalusugang pangkaisipan, ang iyong kondisyon sa pagiisip ay hindi natugunan ang tuntunan sa pangangailangang medikal, na saklaw sa mga regulasyon ng estado sa Title 9, California Code of Regulations (CCR), Section 1830.205, ayon sa dahilang nakasaad sa ibaba:

☐ Ang sakit mo sa kalusugang pangkaisipan, ayon sa pagtatasa, ay hindi saklaw ng plano sa kalusugang pangkaisipan (Title 9, CCR, Section 1830.205(b)(1)).

☐ Ang kondisyon ng iyong kalusugang pangkaisipan ay hindi nagbibigay hadlang sa iyong pangaraw-araw na buhay upang matanggap ka sa mga serbisyong espesyalidad sa kalusugang pangkaisipan mula sa plano ng kalusugang pangkaisipan (Title 9, CCR, Section 1830.205(b)(2)).

☐ Ang mga serbisyong espesyalidad ng kalusugang pangkaisipan mula sa plano ng kalusugang pangkaisipan ay maaaring hindi makatulong sa pagpapanatili o pagpapaganda sa kalagayan ng iyong kalusugang pangkaisipan (Title 9, CCR, Section 1830.205(b)(3)(A) and (B)).

☐ Ang kondisyon ng iyong kalusugang pangkaisipan ay maaaring matugunan sa pagtatrato ng isang tagapagbigay ng serbiyong pisikal (Title 9, CCR, Section 1830.205(b)(3)(C)).

Kung ikaw ay sang-ayon sa desisyon ng plano at gusto mo ng impormasyon kung paano makakakita ng tagapagbigay ng serbisyo na gagamot sa iyo pero wala naman sa listahan ng plano, maaari kang tumawag at makipagusap sa isang kinatawan ng iyong plano sa kalusugang pangkaisipan sa 415-255-3694 o sumulat sa: Client Ombudsman, Office of Cultural Competence and Client Relations, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103.

Kung ikaw ay hindi sang-ayon sa desisyon ng plano, maaari kang gumawa ng isa o higit sa isang hakbang ayon sa mga sumusunod:

Maaari kang humingi sa plano ng pangalawang opinyon tungkol sa kondisyon ng iyong kalusugang pangkaisipan. Para gawin ito, maaari kang tumawag at makipagusap sa isang kinatawan ng iyong plano sa kalusugang pangkaisipan sa 1-800-750-2727 o sumulat sa: Officer of the Day, Behavioral Health Access Center, 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA 94103.

Maaari kang umapela sa iyong plano sa kalusugang pangkaisipan. Para gawin ito, maaari kang tumawag sa 1-800-750-2727 o kaya'y bumisita at kausapin ang "Officer of the Day" sa Behavioral Health Access Center, 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA, o sumulat sa: Grievance Officer, Office of Quality Management, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103, o sundin ang mga patakaran sa babasahing impormasyon na sa iyo'y ibinigay ng plano sa kalusugan pangkaisipan. Kailangan kang umapela sa loob ng 90 araw mula sa petsa ng sulat na ito. Karaniwang gumagawa ng desisyon ang plano sa kalusugang pangkaisipan sa loob ng 45 araw ng iyong paghingi ng apela. Maaari kang humingi ng madaliang apela na kailangang desisyunan sa loob ng tatlong (3) araw ng trabaho, kung sa akala mo'y ang pagkaantala ay magdudulot ng seryosong problema sa iyong pangkaisipang kalusugan, kasama na ang mga problema sa iyong abilidad na makapaghanapbuhay, makapanatili o magampanan muli ang mga importanteng gawain sa buhay.

Kung mayroon kang mga katanungan tungkol sa sulat na ito, maaari kang tumawag o makipagusap sa isang kinatawan ng iyon plano sa kalusugang pangkaisipan sa 1-800-750-2727 o sumulat sa: Officer of the Day, Behavioral Health Access Center, 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA 94103.

Kung hindi ka kuntento sa resulta ng iyong apela, maaari kang humingi ng pagdinig sa estado. Sa kabilang panig ng papel na ito ipinapaliwanagkung paano humingi ng pagdinig.

cc: Office of Quality Management

Programang Espesyalidad ng Medi-Cal sa mga Serbisyo sa Kalusugang Pangkaisipan
PABATID NA KILOS-B

Petsa:_____

Para kay:_____,Numero ng Medi-Cal:_____

Ang plano na kalusugang pangkaisipan para sa San Francisco ay ☐ itinanggi ☐ binago ang hinihinging kabayaran ng iyong tagapagbigay ng serbisyo sa mga sumusunod na serbisyo:

_____

Ang tagapagbigay ng serbisyo: _____
Ang orihinal na petsa na hiningi ng tagapagbigay ng serbisyo: _____.
Ang kilos na ginawa ng plano sa kalusugang pangkaisipan ayon sa impormasyon mula sa tagapagbigay ng serbisyo mo ay may dahilan na nakasaad sa ibaba:

☐ Ang kondisyon ng iyong kalusugang pangkaisipan ay di naaayon sa tuntunang pangangailangang medikal para sa mga serbisyong pangkaisipan sa loob ng ospital o mga kaugnay nitong serbisyong propesyonal (Title 9, California Code of Regulations (CCR), Section 1820.205).

☐ Ang kondisyon ng iyong kalasugang pangkaisipan ay di naaayon sa tuntunang pangangailangang medikal para sa mga serbisyong espesyalidad sa kalusugang pangkaisipan maliban sa mga serbisyong pangkaisipan sa loob ng ospital batay sa ganitong dahilan (Title 9, CCR, Section 1830.205): _____
_____
_____

☐ Ang serbisyong hiningi ay hindi saklaw ng plano sa kalusugang pangkaisipan (Title 9, CCR, Section 1810.345).

☐ Ang plano sa kalusugang pangkaisipan ay humingi ng karagdagang impormasyon sa iyong tagapagbigay ng serbisyo na sinasabing kailangang payagan ng plano ang pagbabayad sa panukalang serbisyo. Hanggang ngayon, hindi pa natatanggap ang impormasyon.

☐ Babayaran ng plano sa kalusugang pangkaisipan ang mga sumusunod na serbisyo sa halip na bayaran ang serbisyong hiningi ng iyong tagapagbigay, ayon sa mga impormasyon ng iyong kondisyon sa pangkaisipang kalusugan at iyong mga pangangailangang serbisyo: _____
_____

☐ Ibang dahilan: _____
_____

Kung hindi ka sang-ayon sa desisyon ng plano, ikaw ay maaaring:
1. Maaari kang umapela sa iyong plano sa kalusugang pangkaisipan. Para gawin ito, maaari kang tumawag sa 1-800-750-2727 o di kaya'y pumunta at kausapin ang "Officer of the Day" sa Behavioral Health Access Center, 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA, o sumulat sa: Grievance Officer, Office of Quality Management, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103, o kaya'y sundin ang mga patakaran sa babasahing impormasyon na sa iyo'y ibinigay ng plano ng kalusugang pangkaisipan. Dapat kayong umapela sa loob ng 90 araw mula sa petsa ng sulat na ito. Karaniwang gumagawa ng desisyon ang plano sa kalusugang pangkaisipan sa loob ng 45 araw mula sa inyong paghingi ng apela. Maaari kayong humingi ng madaliang apela na kailangang desisyunan sa loob ng tatlong (3) araw ng trabaho, kung sa palagay ninyo na ang pagkaantala ay magdudulot ng seryosong problema sa inyong pangkaisipang kalusugan, kasama na ang mga problema sa inyong abilidad na makapaghanapbuhay, makapanatili o magampanan muli ang mga importanteng gawain sa buhay. Maaari ninyong hingin na manatili ang inyong mga serbisyo hanggang sa mapagdesisyunan ang inyong apela. Para manatili ang inyong mga serbisyo, kailangan kang umapela sa loob ng 10 araw mula sa petsa ng sulat na ito o bago sa epektibong petsa ng pagbabago sa mga serbisyo, kung alinman ang mahuli. Ang mga serbisyong hiningi na pinayagan ng plano ay para sa takdang panahon na _____. Para sa pagbago ng mga serbisyong natukoy, ang epektibong petsa ay _____.

2. Kung hindi ka nasiyahan sa resulta ng iyong apela, maaari kang humingi ng pagdinig sa estado, na habang ikaw ay naghihintay nito ay maaaring magtuloy pa rin ang iyong mga serbisyo. Sa kabilang panig ng papel na ito ipinapaliwanag kung paano humingi ng pagdinig sa estado. Maaari mong hingin na manatili ang iyong mga serbisyo hanggang magkaroon ng desisyon ang iyong pagdinig. Upang manatili ang iyong mga serbisyo, kailangan kang umapela sa loob ng 10 araw mula sa petsa ng sulat na ito o bago sa epektibong petsa ng pagbabago sa mga serbisyo, kung alinman ang mahuli. Ang mga serbisyong hiningi mo na nauna nang pinayagan ng plano ay para takdang panahon na _____. Ang epektibong petsa ng pagbabago sa mga serbisyong ito ay sa _____. Ang mga serbisyo ay maaaring magtuloy lamang habang ikaw ay naghihintay ng pasya sa iyong pagdinig.

3. Maaari kang humingi ng pangalawang opinyon mula sa iyong plano tungkol sa kondisyon ng iyong kalusugang pangkaisipan. Para magawa ito, tumawag at kausapin ang isang kinatawan ng iyong plano sa kalusugang pangkaisipan sa 1-800-750-2727 o sumulat sa: Officer of the Day, Behavioral Health Access Center, 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA 94103.

cc: Office of Quality Management

Programang Espesyalidad ng Medi-Cal sa mga Serbisyo sa Kalusugang Pangkaisipan
PABATID NA KILOs-C
(Pagtanggi ng Kabayaran sa Natapos na Serbisyo)

Petsa:_____

Para Kay: _____, Numero ng Medi-Cal_____

Ang plano ng kalusugang pangkaisipan para sa San Francisco ay ☐itinanggi ☐binago ang hinihinging kabayaran sa iyong tagapagbigay ng serbisyo para sa mga sumusunod na serbisyo:

_____

Ang nagbigay ng serbisyo: _____

Ang orihinal na pakiusap ng tagapagbigay ng serbisyo ay may petsang _____ at sinasabi nito na ikaw ay tumanggap ng mga serbisyo sa mga sumusunod na petsa: _____

HINDI ITO PAGSINGIL. HINDI MO KAILANGANG MAGBAYAD SA SERBISYO O MGA SERBISYONG NAKASAAD SA PAPEL NA ITO.

Isinagawa ang aksiyon na ito ng plano ng kalusugang pangkaisipan batay sa impormasyon mula sa iyong tagapagbigay ng serbisyo at ang dahilan ay ito:

☐ Ang kondisyon ng iyong kalusugang pangkaisipan batay sa iyong tagapagbigay ng serbisyo ay di naaayon sa tuntunang pangangailangang medikal para sa mga serbisyong pangkaisipan sa loob ng ospital o mga kaugnay nitong serbisyong propesyonal (Title 9, California Code of Regulations (CCR), Section 1820.205).

☐ Ang kondisyon ng iyong kalusugang pangkaisipan batay sa iyong tagapagbigay ng serbisyo ay di naaayon sa tuntunang pangangailangang medikal para sa mga serbisyong espesyalidad sa kalusugang pangkaisipan maliban sa mga serbisyong pangkaisipan sa loob ng ospital batay sa sumusunod na dahilan (Title 9, CCR, Section 1830.205):_____

_____

☐ Ang serbisyong ibinigay sa iyo ay hindi saklaw ng plano sa kalusugang pangkaisipan (Title 9, CCR, Section 1810.345).

☐ Ang plano sa kalusugang pangkaisipan ay humingi ng karagdagang impormasyon sa iyong tagapagbigay ng serbisyo na sinasabing kailangang payagan na bayaran ang serbisyo mong natanggap. Hanggang ngayon, ang impormasyon ay hindi pa natatanggap.

☐ Ibang dahilan: _____

_____

Kung hindi ka sang-ayon sa desisyon, ikaw ay maaaring:
Magbigay ng apela sa iyong plano sa kalusugang pangkaisipan. Para magawa ito, maaari kang tumawag sa 1-800-750-2727, o kaya'y pumunta at kausapin ang "Officer of the Day" sa Behavioral Health Access Center, 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA, o sumulat sa : Grievance Officer, Office of Quality Management, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103, o kaya'y sundin ang mga patakaran sa babasahing impormasyon na ibinigay sa iyo ng plano ng kalusugang pangkaisipan. Dapat kang magbigay ng apela sa loob ng 90 araw mula sa petsa ng sulat na ito.

Kung hindi ka nasiyahan sa kinalabasan ng iyong apela, maaari kang humingi ng pagdinig sa estado. Sa kabilang panig ng papel na ito ipinapaliwanag kung paano humingi ng pagdinig sa estado. Ang pagdinig ng estado ang syang magpapasya kung ang plano ay dapat magbayad sa nagbigay ng iyong serbisyo. Anuman ang desisyon ng iyong apela o sa pagdinig ng estado, hindi mo kailangang magbayad sa serbisyo.

cc: Office of Quality Management

Programang Espesyalidad ng Medi-Cal sa mga Serbisyo sa Kalusugang Pangkaisipan
PABATID NA KILOS-D
(Pagkaantala ng Hinaing/Paglakad ng Apela)

Petsa:_____

Para kay: _____, Numero ng Medi-Cal_____

Ang plano sa kalusugang pangkaisipan para sa San Francisco ay hindi pa nilalakad ang iyong ☐ hinaing o reklamo

☐apela ☐mabilisang apela na nasa takdang oras.

Ayon sa aming talaan, ikaw ay humingi ng pakiusap nuong (petsa): _____

Ang pakiusap mo ay: _____

_____

_____

Ipagpaumanhin ang pagkaantala sa pagsagot ng iyong hinihinging pakiusap. Aming gagawin ang iyong hinihingi at umaasang mabibigyan namin kayo ng agarang desisyon.

Kung ang iyong hinihingi ay tungkol sa pagtanggi o pagbabago sa mga serbisyo sa kalusugang pangkaisipan na iyong natanggap mula sa plano ng kalusugang pangkaisipan at hindi mo na gustong maghintay ng aming desisyon, maaari kang humingi ng pagdinig sa estado upang isaalang-alangang ang nasabing pagtanggi o pagbabago. Maaari mo ring hingin sa pagdinig ng estado na isaalang-alang ang dahilan ng pagkaantala.

Kung ang iyong hinihingi ay tungkol sa ibang bagay, maaari kang humingi ng pagdinig sa estado upang maisaalang-alang ang dahilan ng pagkaantala. Sa kabilang panig ng papel na ito ipinapaliwanag kung paano humingi ng pagdinig sa estado.

Ang sulat na ito ay kailangan ayon sa Title 42, Code of Federal Regulations, Part 438, Subpart F.

cc: Office of Quality Management

Programang Espesyalidad ng Medi-Cal sa mga Serbisyo sa Kalusugang Pangkaisipan
PABATID NA KILOS-E
(Kakulangan sa Tamang Oras ng Serbisyo)

Petsa: _____

Para kay: _____, Numero ng Medi-Cal: _____

Ang plano sa kalusugang pangkaisipan para sa San Francisco ay hindi nagbigay ng mga serbisyo sa loob ng _____ araw ng trabaho mula sa petsa ng paghingi ng panimulang serbisyo.

Ayon sa aming talaan, humingi ka mismo ng mga serbisyo o ang mga serbisyo ay hiningi para sa iyo nuong: _____.

Ang mga sumusunod ay ang mga hiningi mo mismong serbisyo o hiningi para sa iyo: _____

_____

_____

Ipagpaumanhin ang aming pagkaantala sa mga serbisyong hindi naibigay sa oras. Ginagawa namin ang iyong hinihingi at umaasang maibibigay namin ito sa madaling panahon.

Maaari kang humingi ng pagdinig sa estado upang malaman ang dahilan ng pagkakaantala.

Sa kabilang panig ng papel na ito ipinapaliwanag kung paano humingi ng pagdinig sa estado.

Ang sulat na ito ay kailangan ayon sa Title 42, Code of Federal Regulations, Part 438, Subpart F.

cc: Office of Quality Management

ANG IYONG MGA KARAPATAN SA PAGDINIG:
Mayroon kang 90 araw lamang upang makahingi ng pagdinig. Magsisimula ang 90 araw alinman sa dalawang sumusunod:

1. Sa araw pagkatapos na maibigay naming personal itong sulat ng desisyon sa iyong apela mula sa plano ng kalusugang pangkaisipan, o kaya'y
2. Sa araw pagkatapos ng petsa ng markangkoreo ng sulat ng desisyon sa iyong apela mula sa plano ng kalusugang pangkaisipan.

Mga Madaliang Pagdinig ng Estado:
Karaniwang nagtatagal ng 90 araw mula sa iyong paghingi ng pagdinig para makagawa ng desisyon. Kung sa palagay mo ay makakaapekto ng seryoso ang haba ng paghihintay,sa iyong pangkaisipang kalusugan kasama na ang iyong paghahanapbuhay, pagpapanatili o pagkuhang muli ng mga importanteng gawain sa buhay, maaari kang humingi ng madaliang pagdinig sa estado. **Para makahingi nito, i-tsek lamang ang unang kahon sa gawing kanan ng pahinang ito sa ilalim ng "Hearing Request" at sabihin ang dahilan ng paghingi ng madaliang pagdinig.** Kung payagan ang iyong hinihinging madaliang pagdinig, ibibigay ang desisyon sa loob ng tatlong (3) araw ng trabaho mula sa petsa nang pagtanggap ng "State Hearings Division."

Upang manatili ang iyong mga serbisyo habang ikaw ay naghihintay sa iyong pagdinig:
• Kailangan kang humingi ng pagdinig sa loob ng 10 araw mula sa petsa kung kailan pinadala sa iyo ang sulat ng desisyon sa iyong apela galing sa plano ng kalusugang pangkaisipan o kung kailan personal na ibinigay ang sulat sa iyo o bago ang petsa ng epektibo sa pagbago ng mga serbisyo, alinman ang mahuli.
• Mananatili ang iyong mga serbisyo sa kalusugang pangkaisipan ng Medi-Cal hanggang magkaroon ng desisyon o hindi ka sumasangayon dito, o inurong mo ang hiningi mong pagdinig, o ang tinakdang oras o limitasyon ng serbisyo para sa yong kasalukuyang mga serbisyo ay lumipas o napaso na, alinman ang maunang mangyari.

May mga makukuhang regulasyon ng Estado
Ang mga regulasyon ng Estado, kasama na ang mga sumasaklaw sa mga pagdinig ng Estado, ay makukuha sa lokal na opisina ng kapakanan (welfare) .

Para makahingi ng tulong
Maaari kang makakuha ng libreng tulong na legal sa lokal na opisina ng "legal aid" o ibang mga grupo. Maaari kang humingi ng mga karapatan sa pagdinig o kaya'y libreng tulong legal mula sa "Public Inquiry and Response Unit":
Tumawag sa: 1-800-952-5253
Kung may kapansanan ka sa pandinig at gamit ay TDD, tumawag sa: 1-800-952-8349

Inatasang Kinatawan
Puwedeng ikaw lang mismo ang magrepresenta sa pagdinig sa estado. Puwede rin namang mayron kang kinatawan tulad ng kaibigan, abogado o kung sinuman ang piliin mo. Ikaw mismo ang maghahanda ng iyong kinatawan.

Pabatid tungkol sa Batas ng Paggamit ng Impormasyon (California Civil Code Section 1798, et. seq.) Ang mga impormasyong hiningi na rito'y sinulat ay kailangan upang lumakad ang iyong hininging pagdinig. Ang paglakad ay maaaring maantala kung hindi kumpleto ang impormasyon. Isang kaso ang isasalansan ng "State Hearings Division" ng Kagawaran ng Serbisyong Pantao. May karapatang kang tingnan ang mga bagay na nasa talaan para sa desisyon at maaari mong hanapin ang talaan na ito sa pagtawag sa "Public Inquiry and Response Unit" (tingnan ang numero sa itaas).Anumang impormasyon na inyong binigay ay maaaring maidagdag sa plano ng kalusugang pangkaisipan sa Kagawaran ng Serbisyong Pangkalusugan at Pangkaisipang Kalusugan ng Estado at sa Kagawarn ng mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng Amerika (Authority: Welfare and Institutions Code, Section 14100.2).

PAANO HUMINGI NG PAGDINIG NG ESTADO

Pinakamaganda ay kumpletuhin ang pahinang ito. Gumawa ng kopya ng harap at likod para sa iyo. Pagkatapos ay ipadala sa:

State Hearings Division
California Department of Social Services
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2430

Puwede ring tumawag sa 1-800-952-5253. Kung may kapansanan ka sa pandinig at gamit ay TDD, tumawag sa 1-800-952-8349.

PAGHINGI NG PAGDINIG

Gusto ko ng pagdinig sapagkat may isang aksiyon ang Medi-Cal ng Plano ng Kalusugang Pangkaisipan ng San Francisco.

☐ I-tsek mo ito kung gusto mo ng madaliang pagdinig ng estado at isulat ang dahilan sa ibaba:

Ito ang dahilan:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

☐ I-tsek ito at magsama ng pahina kung kailangan mo pa ng karagdagang espasyo..

Pangalan ko: (i-print) _____
Aking Numero ng Social Security: _____
Ang tirahan ko: (i-print) _____
_____
Numero ng aking telepono: (____)_____
Aking Lagda/Pirma:_____
Petsa: _____

Kailangan ko ng tagapagsalin na walang kargo sa akin. Ang aking salita ay: _____

Gusto ko ng taong nakasaad sa ibaba na maging kinatawan ko sa pagdinig na ito. Binibigyan ko ng permiso ang taong ito na makita ang aking mga talaan at pumunta para sa aking pagdinig.

Pangalan _____
Tirahan_____
_____
Numero ng telepono: _____

Chương Trình Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Biệt Medi-Cal
THÔNG BÁO QUYẾT ĐỊNH-A
(Khám lượng định bệnh)

Ngày: _____

Gửi cho: _____, Số Medi-Cal _____

Chương trình sức khỏe tâm thần Quận San Francisco đã quyết định, sau khi xét lại kết quả khám lượng định về tình trạng sức khỏe tâm thần của quý vị, rằng tình trạng sức khỏe tâm thần của quý vị không đáp ứng tiêu chuẩn y tế cần thiết để đủ điều kiện được hưởng các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên biệt của chương trình.

Theo ý kiến của chương trình sức khỏe tâm thần, tình trạng sức khỏe tâm thần của quý vị không đáp ứng tiêu chuẩn y tế cần thiết, được bao trả trong các qui chế của tiểu bang tại Điều 9, California Code of Regulations (Bộ Luật Qui Chế California, hay CCR), Mục 1830.205, vì lý do được đánh dấu dưới đây:

☐ Tình trạng sức khỏe tâm thần của quý vị được chẩn định không thuộc các loại bệnh tâm thần được chương trình sức khỏe tâm thần bao trả (Điều 9, CCR, Mục 1830.205(b)(1)).

☐ Tình trạng sức khỏe tâm thần của quý vị không gây ra những khó khăn đủ nghiêm trọng trong đời sống hàng ngày để quý vị đủ điều kiện được hưởng các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên biệt từ chương trình sức khỏe tâm thần (Điều 9, CCR, Mục 1830.205(b)(2)).

☐ Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên biệt có sẵn của chương trình sức khỏe tổng quát tâm thần sẽ không giúp quý vị duy trì
hoặc cải tiến tình trạng sức khỏe tâm thần của mình (Điều 9, CCR, Mục 1830.205(b)(3)(A) và (B)).

☐ Tình trạng sức khỏe tâm thần của quý vị có thể điều trị nơi dịch vụ sức khỏe hoặc y sĩ gia đình (Điều 9, CCR, Mục 1830.205(b)(3)(C)).

Nếu quý vị đồng ý với quyết định của chương trình, và muốn có thông tin về cách tìm các nơi cung cấp dịch vụ tâm thần khác ngoài chương trình để điều trị cho mình, quý vị có thể gọi điện và nói chuyện với đại diện của chương trình sức khỏe tâm thần tại số 415-255-3694 hoặc gửi thư đến: Client Ombudsman, Office of Cultural Competence and Client Relations, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình, quý vị có thể làm theo một hoặc nhiều cách dưới đây:

Quý vị có thể yêu cầu chương thu xếp lấy một ý kiến thứ hai về tình trạng sức khỏe tâm thần của quý vị. Để làm điều này, quý vị có thể gọi điện và nói chuyện với đại diện của chương trình sức khỏe tâm thần của quý vị tại số 1-800-750-2727 hoặc gửi thư đến: Officer of the Day (Nhân Viên Trực trong Ngày), Behavioral Health Access Center (Trung Tâm Tiếp Cận Sức Khỏe Hành Vi), 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA 94103.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại cho chương trình sức khỏe tâm thần. Để làm điều này, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại qua điện thoại tại số 1-800-750-2727, hoặc trực tiếp cho Officer of the Day (Nhân Viên Trực trong Ngày) tại Behavioral Health Access Center (Trung Tâm Tiếp Cận Sức Khỏe Hành Vi) , 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA, hoặc gửi thư đến: Grievance Officer, Office of Quality Management, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103, hoặc làm theo chỉ dẫn trong tập thông tin mà chương trình sức khỏe tâm thần đã gửi cho quý vị. Quý vị phải nộp đơn khiếu nại trong vòng 90 ngày kể từ ngày ghi trên thông báo này. Trong hầu hết các trường hợp, chương trình sức khỏe tâm thần phải đưa ra quyết định về khiếu nại của quý vị trong vòng 45 ngày kể từ khi nhận được yêu cầu của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu có phiên khiếu nại giải quyết nhanh, phải được quyết định trong vòng 3 ngày làm việc, nếu quý vị tin rằng sự chậm trễ có thể gây ra các vấn đề nghiêm trọng cho sức khỏe tâm thần của quý vị, bao gồm các khả năng quan trọng để duy trì hoặc phục hồi đời sống sinh hoạt của mình.

Nếu quý vị có thắc mắc về thông báo này, quý vị có thể gọi điện và nói chuyện với đại diện của chương trình sức khỏe tâm thần tại số 1-800-750-2727 hoặc gửi thư đến: Officer of the Day (Nhân Viên Trực trong Ngày)tại Behavioral Health Access Center (Trung Tâm Tiếp Cận Sức Khỏe Hành Vi) , 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA 94103.

Nếu không hài lòng với kết quả của phiên điều trần của mình, quý vị có thể yêu cầu có phiên điều trần tiểu bang. Mặt sau của mẫu đơn này giải thích cách thức yêu cầu có phiên điều trần tiểu bang.

cc: Office of Quality Management

Chương Trình Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Biệt Medi-Cal
THÔNG BÁO QUYẾT ĐỊNH-B

Ngày:_____

Gửi cho: _____, Số Medi-Cal _____

Chương trình sức khỏe tâm thần Quận San Francisco đã □ từ chối □ thay đổi hóa đơn đòi tiền của cơ quan cung cấp những dịch vụ sau đây:

_____

Hóa đơn của: (tên nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe) _____

Hóa đơn đầu tiên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị ghi ngày _____.

Chương trình sức khỏe tâm thần đã đưa ra quyết định này dựa trên tin tức của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị vì lý do được đánh dấu dưới đây:

☐ Tình trạng sức khỏe tâm thần của quý vị không đáp ứng tiêu chuẩn y tế cần thiết để được hưởng các dịch vụ cho bệnh nhân tâm thần nội trú hoặc các dịch vụ chuyên môn liên quan khác (Điều 9, California Code of Regulations (Bộ Luật Qui Chế California, hay CCR), Mục 1820.205).

☐ Tình trạng sức khỏe tâm thần của quý vị không đáp ứng tiêu chuẩn y tế cần thiết để được hưởng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên biệt ngoại trừ các dịch vụ cho bệnh nhân tâm thần nội trú vì lý do sau đây (Điều 9, CCR, Mục 1830.205): _____

_____

☐ Dịch vụ đã cung cấp không được chương trình sức khỏe tâm thần bao trả (Điều 9, CCR, Mục 1810.345).

☐ Chương trình sức khỏe tâm thần yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị bổ túc hồ sơ để chương trình chấp thuận trả cho dịch vụ được đề nghị. Đến bây giờ vẫn chưa nhận được hồ sơ bổ túc này.

☐ Chương trình sức khỏe tâm thần sẽ trả cho (các) dịch vụ dưới đây thay vì các dịch vụ được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị yêu cầu, dựa trên tin tức có sẵn về tình trạng sức khỏe tâm thần và các nhu cầu dịch vụ của quý vị: _____

_____

☐ Những lý do khác_____

_____

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình, quý vị có thể:

1. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại cho chương trình sức khỏe tâm thần. Để làm điều này, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại qua điện thoại tại số 1-800-750-2727, hoặc trực tiếp cho Officer of the Day (Nhân Viên Trực trong Ngày) tại Behavioral Health Access Center (Trung Tâm Tiếp Cận Sức Khỏe Hành Vi) , 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA, hoặc gửi thư đến: Grievance Officer, Office of Quality Management, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103, hoặc làm theo chỉ dẫn trong tập quảng cáo thông tin mà chương trình sức khỏe tâm thần đã gửi cho quý vị. Quý vị phải nộp đơn khiếu nại trong vòng 90 ngày kể từ ngày ghi trên thông báo này. Trong hầu hết các trường hợp, chương trình sức khỏe tâm thần phải đưa ra quyết định giải quyết trong vòng 45 ngày kể từ khi nhận được khiếu nại của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu có phiên khiếu nại giải quyết nhanh, phải được quyết định trong vòng 3 ngày làm việc, nếu quý vị tin rằng sự chậm trễ có thể gây ra các vấn đề nghiêm trọng cho tình trạng tâm thần của quý vị, bao gồm các khả năng quan trọng để tiếp đạt, duy trì hay phục hồi đới sống sinh hoạt. Quý vị có thể yêu cầu giữ nguyên dịch vụ của mình cho đến khi có giải quyết về khiếu nại. Để giữ nguyên dịch vụ, quý vị phải nộp khiếu nại trong vòng 10 ngày kể từ ngày ghi trên thông báo này hoặc trước ngày thay đổi dịch vụ có hiệu lực, tùy theo ngày nào đến sau. Các dịch vụ yêu cầu trước đây đã được chương trình chấp thuận cho khoảng thời gian_____. Ngày có hiệu lực cho sự thay đổi đối với những dịch vụ này là _____.

2. Nếu quý vị không hài lòng với kết quả khiếu nại của mình, quý vị có thể yêu cầu có phiên điều trần tiểu bang, điều này có thể cho phép quý vị được tiếp tục hưởng các dịch vụ trong khi chờ đến phiên điều trần. Mặt sau của mẫu đơn này giải thích cách thức yêu cầu có phiên điều trần. Quý vị có thể yêu cầu giữ nguyên các dịch vụ cho đến khi quyết định của phiên điều trần được đưa ra. Để giữ các dịch vụ của mình, quý vị phải nộp đơn khiếu nại trong vòng mười (10) ngày kể từ ngày ghi trên thông báo này hoặc trước ngày thay đổi dịch vụ có hiệu lực, tùy theo ngày nào đến sau. Các dịch vụ đã yêu cầu trước đây đã được chương trình chấp thuận cho khoảng thời gian_____. Ngày có hiệu lực cho sự thay đổi đối với những dịch vụ này là _____. Những dịch vụ có thể được tiếp tục trong khi quý vị chờ quyết định từ phiên điều trần của quý vị.

3. Quý vị có thể yêu cầu chương trình sắp xếp lấy ý kiến thứ hai về tình trạng sức khỏe tâm thần của quý vị. Để làm điều này, quý vị có thể gọi điện và nói chuyện với đại diện của chương trình sức khỏe tâm thần của quý vị tại số 1-800-750-2727 hoặc gửi thư đến: Officer of the Day (Nhân Viên Trực trong Ngày), Behavioral Health Access Center (Trung Tâm Tiếp Cận Sức Khỏe Hành Vi), 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA 94103.

cc: Office of Quality Management

Chương Trình Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Biệt Medi-Cal
THÔNG BÁO QUYẾT ĐỊNH-C
(Từ Chối Bao Trả Sau Khi Hưởng Dịch Vụ)

Ngày:_____

Gửi cho: _____, Số Medi-Cal _____

Chương trình sức khỏe tâm thần Quận San Francisco đã ☐ từ chối ☐ thay đổi hóa đơn đòi tiền của cơ quan cung cấp dịch vụ sau đây:

_____

Hóa đơn của: (tên nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe) _____

Hóa đơn đầu tiên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị ghi ngày _____ và nhà cung cấp dịch vụ cho quý vị nói rằng quý vị đã nhận (các) dịch vụ vào (các) ngày sau đây:

_____.

ĐÂY KHÔNG PHẢI LÀ HÓA ĐƠN ĐÒI TIỀN. QUÝ VỊ SẼ KHÔNG PHẢI TRẢ TIỀN CHO DỊCH VỤ HOẶC CÁC DỊCH VỤ ĐƯỢC MÔ TẢ TRÊN MẪU ĐƠN NÀY.

Chương trình sức khỏe tâm thần đã đưa ra quyết định này dựa trên tin tức của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị vì lý do được đánh dấu dưới đây:

☐ Tình trạng sức khỏe tâm thần của quý vị như được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mô tả với chúng tôi không đáp ứng tiêu chuẩn y tế cần thiết để được hưởng các dịch vụ cho bệnh nhân tâm thần nội trú hoặc các dịch vụ chuyên môn liên quan khác (Điều 9, California Code of Regulations (Bộ Luật Qui Chế California, hay CCR), Mục 1820.205).

☐ Tình trạng sức khỏe tâm thần của quý vị như được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mô tả với chúng tôi không đáp ứng tiêu chuẩn y tế cần thiết để được hưởng các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên biệt ngoại trừ các dịch vụ cho bệnh nhân tâm thần nội trú vì lý do sau đây (Điều 9, CCR, Mục 1830.205): _____

_____.

☐ Dịch vụ đã cung cấp không được chương trình sức khỏe tâm thần bao trả (Điều 9, CCR, Mục 1810.345).

☐ Chương trình sức khỏe tâm thần yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị bổ túc hồ sơ để chương trình chấp thuận trả cho dịch vụ mà quý vị đã hưởng. Đến bây giờ vẫn chưa nhận được hồ sơ này.

☐ Những lý do khác_____.

_____

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình, quý vị có thể:
Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại cho chương trình sức khỏe tâm thần. Để làm điều này, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại qua điện thoại tại số 1-800-750-2727, hoặc trực tiếp Officer of the Day (Nhân Viên Trực trong Ngày) tại Behavioral Health Access Center (Trung Tâm Tiếp Cận Sức Khỏe Hành Vi) , 1380 Howard Street, 1st Floor, San Francisco, CA, hoặc gửi thư đến: Grievance Officer, Office of Quality Management, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103, hoặc làm theo chỉ dẫn trong tập thông tin mà chương trình sức khỏe tâm thần đã gửi cho quý vị. Quý vị phải nộp đơn khiếu nại trong vòng 90 ngày kể từ ngày ghi trên thông báo này.

Nếu quý vị không hài lòng với kết quả khiếu nại của mình, quý vị có thể yêu cầu có phiên điều trần tiểu bang. Mặt sau của thông báo này giải thích cách thức yêu cầu có phiên điều trần. Phiên điều trần tiểu bang sẽ quyết định xem chương trình có phải trả cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị cho dịch vụ mà quý vị đã nhận hay không. Cho dù quyết định về khiếu nại hoặc quyết định của phiên điều trần tiểu bang là thế nào đi nữa, thì quý vị cũng sẽ không phải trả cho dịch vụ.

cc: Office of Quality Management

Chương Trình Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Biệt Medi-Cal
THÔNG BÁO QUYẾT ĐỊNH-D
(Chậm Trễ trong việc Giải Quyết Than Phiền/Khiếu Nại)

Ngày:_____

Gửi cho:_____, Số Medi-Cal_____

Chương trình sức khỏe tâm thần Quận San Francisco đã không giải quyết ☐ than phiền ☐khiếu nại ☐ khiếu nại gấp của quý vị theo đúng thời hạn.

Hồ sơ của chúng tôi cho thấy quý vị đã đưa ra yêu cầu ngày:_____

Quý vị đã yêu cầu rằng: _____

_____

_____

Chúng tôi xin lỗi vì sự chậm trễ trong việc trả lời yêu cầu của quý vị. Chúng tôi đang thu xếp giải quyết yêu cầu của quý vị và hy vọng sẽ có quyết định sớm cho quý vị.

Nếu yêu cầu của quý vị là về việc từ chối hoặc thay đổi các dịch vụ sức khỏe tâm thần mà quý vị nhận được từ chương trình sức khỏe tâm thần và quý vị không muốn chờ đợi quyết định của chúng tôi, quý vị có thể yêu cầu phiên điều trần tiểu bang để xem xét việc từ chối hoặc thay đổi này. Quý vị cũng có thể yêu cầu phiên điều trần tiểu bang xem xét lý do của việc chậm trễ này.

Nếu yêu cầu của quý vị là về một vấn đề khác, quý vị có thể yêu cầu có phiên điều trần tiểu bang để xem xét lý do của việc chậm trễ. Mặt sau của mẫu đơn này giải thích cách thức yêu cầu có phiên điều trần tiểu bang.

Thông báo này được thi hành theo Điều Luật 42, Code of Federal Regulations (Bộ Luật Qui Chế Liên Bang), Phần 438, Tiểu Mục F.

cc: Office of Quality Management

Chương Trình Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Biệt Medi-Cal
THÔNG BÁO QUYẾT ĐỊNH-E
(Dịch Vụ Trì Hoãn)

Ngày: _____

Gửi cho: _____, Số Medi-Cal_____

Chương trình sức khỏe tâm thần Quận San Francisco đã không cung cấp các dịch vụ trong vòng _____ngày làm việc kể từ ngày yêu cầu có dịch vụ.

Hồ sơ của chúng tôi cho thấy rằng quí vị đã yêu cầu có các dịch vụ, hoặc người đại diện cho quý vị yêu cầu có các dịch vụ vào ngày:

_____

Các dịch vụ dưới đây được quý vị hoặc người đại diện cho quý vị yêu cầu: _____

_____

_____

Chúng tôi xin lỗi về sự trì hoãn trong việc cung cấp các dịch vụ. Chúng tôi đang thu xếp giải quyết yêu cầu của quý vị và hy vọng sẽ sớm cung cấp cho quý vị (các) dịch vụ được yêu cầu.

Quý vị có thể yêu cầu có phiên điều trần tiểu bang để xem xét lý do của việc sự trì hoãn.

Mặt sau của mẫu đơn này giải thích cách thức yêu cầu có phiên điều trần tiểu bang.

Thông báo này được thi hành theo Điều Luật 42, Code of Federal Regulations (Bộ Luật Qui Chế Liên Bang), Phần 438, Tiểu Mục F.

cc: Office of Quality Management

QUYỀN HẠN TRONG PHIÊN ĐIỀU TRẦN CỦA QUÝ VỊ
Quý vị chỉ có 90 ngày để yêu cầu có phiên điều trần. Thời gian 90 ngày bắt đầu tính từ:

1. Ngày sau khi chúng tôi trực tiếp trao cho quý vị thông báo quyết định khiếu nại về chương trình sức khỏe tâm thần này, HOẶC
2. Ngày hôm sau theo dấu bưu điện của ngày gửi thông báo quyết định khiếu nại về chương trình sức khỏe tâm thần này.

Các Phiên Điều Trần khẩn cấp của Tiểu Bang
Thông thường mất khoảng 90 ngày kể từ khi quý vị yêu cầu có phiên điều trần để đưa ra quyết định. Nếu quý vị nghĩ thời hạn này sẽ gây ra những vấn đề nghiêm trọng cho sức khỏe tâm thần của quý vị, bao gồm các vấn đề liên quan tới khả năng đạt được, duy trì hoặc phục hồi những chức năng quan trọng trong cuộc sống của mình, quý vị có thể yêu cầu có phiên điều trần giải quyết khẩn cấp của tiểu bang. **Để yêu cầu có phiên điều trần giải quyết khẩn cấp, xin đánh dấu vào ô thứ nhất ở cột bên phải của trang này dưới mục YÊU CẦU PHIÊN ĐIỀU TRẦN và bao gồm lý do tại sao quý vị yêu cầu có phiên điều trần giải quyết khẩn cấp.** Nếu yêu cầu có phiên điều trần giải quyết ngay của quý vị được chấp thuận, quyết định của phiên điều trần sẽ được đưa ra trong vòng ba ngày làm việc kể từ ngày State Hearings Division (Ban Điều Trần Tiểu Bang) nhận được yêu cầu của quý vị.

Giữ Nguyên các Dịch Vụ trong khi Chờ Phiên Điều Trần của Quý Vị
• Quý vị phải yêu cầu có phiên điều trần trong vòng 10 ngày kể từ ngày thông báo quyết định khiếu nại của chương trình sức khỏe tâm thần được gửi đi hoặc trực tiếp trao cho quý vị hoặc trước ngày có hiệu lực thay đổi các dịch vụ, tùy theo ngày nào đến sau.
• Các dịch vụ sức khỏe tâm thần Medi-Cal của quý vị sẽ được giữ nguyên cho đến khi có quyết định cuối cùng của phiên điều trần có gây bất lợi cho quý vị, quý vị rút lại yêu cầu có phiên điều trần, hoặc khoảng thời gian hoặc giới hạn đối với các dịch vụ hiện tại của quý vị hết hạn, tùy theo điều nào đến trước.

Qui Định Sẵn Có của Tiểu Bang
Các quy định của tiểu bang, bao gồm cả những quy định về các phiên điều trần cấp tiểu bang, có sẵn tại văn phòng phúc lợi quận trong địa phương của quý vị.

Để Được Giúp Đỡ
Quý vị có thể được giúp đỡ pháp lý miễn phí tại văn phòng tư vấn pháp lý hoặc các nhóm khác tại địa phương của quý vị. Quý vị có thể hỏi về những quyền lợi trong phiên điều trần hoặc yêu cầu trợ giúp về pháp lý miễn phí từ Public Inquiry and Response Unit (Ban Tìm Hiểu và Hỏi Đáp Công Cộng):
Gọi cho số điện thoại miễn phí: 1-800-952-5253
Nếu quý vị bị điếc và dùng máy TDD, xin gọi: 1-800-952-8349

Đại Diện Được Ủy Quyền
Quý vị có thể tự đại diện cho mình tại phiên điều trần cấp tiểu bang. Quý vị cũng có thể có bạn bè, luật sư hoặc bất kỳ ai quý vị chọn làm đại diện cho mình. Quý vị phải tự sắp xếp người đại diện này cho mình.

Thông Báo về Đạo Luật Thông Tin (California Civil Code/Bộ Luật Dân Sự California Mục 1798, và những mục sau) Thông tin mà quý vị được yêu cầu viết vào mẫu đơn này là cần thiết cho việc giải quyết yêu cầu có phiên điều trần của quý vị. Việc giải quyết có thể bị chậm trễ nếu thông tin không đầy đủ. State Hearings Division (Ban Điều Trần Tiểu Bang) của Department of Social Services (Sở Dịch Vụ Xã Hội) sẽ lập hồ sơ. Quý vị có quyền xem xét các tài liệu nằm trong hồ sơ để đưa ra quyết định và có thể tìm hồ sơ này bằng cách liên lạc với Public Inquiry and Response Unit (có số điện thoại ở trên). Bất kỳ thông tin nào mà quý vị cung cấp có thể được chia sẻ với chương trình sức khỏe tâm thần, State Departments of Health Services and Mental Health (Bộ Dịch Vụ Sức Khỏe và Sức Khỏe Tâm Thần) và với U.S. Department of Health and Human Services (Bộ Sức Khỏe và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ) (Thẩm Quyền: Welfare and Institutions Code/Bộ Luật An Sinh và Thể Chế, Mục 14100.2).

CÁCH THỨC YÊU CẦU CÓ PHIÊN ĐIỀU TRẦN TIỂU BANG

Cách tốt nhất để yêu cầu có phiên điều trần là điền vào mẫu đơn này. Sao lại mặt trước và mặt sau của đơn này để giữ lại riêng cho hồ sơ của quý vị. Sau đó gửi đơn này đến:

State Hearings Division
California Department of Social Services
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2430

Một cách khác để yêu cầu có phiên điều trần là gọi đến 1-800-952-5253. Nếu quý vị bị điếc và dùng máy TDD, xin gọi 1-800-952-8349.

YÊU CẦU CÓ PHIÊN ĐIỀU TRẦN

Tôi muốn có một phiên điều trần đối với một quyết định liên quan đến Medi-Cal của Chương Trình Sức Khỏe Tâm Thần của Quận San Francisco.

☐ Đánh dấu vào đây nếu quý vị muốn có phiên điều trần giải quyết khẩn cấp của tiểu bang và bao gồm lý do dưới đây.

Sau đây là lý do: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

☐ Đánh dấu vào đây và thêm một trang giấy khác nếu quý vị cần thêm chỗ để viết.

Tên của tôi: (viết bằng chữ in) _____
Số An Sinh Xã Hội của Tôi: _____
Địa Chỉ của Tôi: (viết bằng chữ in) _____
_____
Số điện thoại của tôi: (_____) _____
Chữ ký của tôi: _____
Ngày: _____

Tôi cần có thông dịch viên miễn phí. Ngôn ngữ hoặc tiếng địa phương của tôi là: _____

Tôi muốn người có tên dưới đây đại diện cho tôi tại phiên điều trần này. Tôi cho phép người này được xem hồ sơ của tôi và đến dự phiên điều trần để giúp tôi.

Tên _____
Địa chỉ _____
_____
Số điện thoại: _____