# ABISO NG PAGPAPASYA SA HINDI PAGBIBIGAY NG BENEPISYO

# Tungkol sa Inyong Kahilingan sa Paggamot

#### Date

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

*Address* *Address*

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

### TUNGKOL SA: *Service requested*

Hiniling *You or your provider [Name of requesting provider* sa Behavioral Health Services (The Plan) sa County ng San Diego na makuha o maaprubahan ang *Service requested*. Hindi nagkaloob ng mga serbisyo ang *Plan or Name of requesting provider* sa loob ng *number of* (na) araw ng trabaho. Makikita sa aming mga talaan na may (mga) hiniling kayong serbisyo, o may (mga) hiniling na serbisyo para sa inyo noong*date requested.*

Humihingi kami ng paumanhin para sa pagkakaantala sa pagbibigay ng mga napapanahong serbisyo. Inaasikaso na namin ang inyong kahilingan at ipagkakaloob namin sa inyo ang *Service requested* sa lalong madaling panahon.

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

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

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

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

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

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

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

*Signature Block*

Mga Kalakip: “Inyong Mga Karapatan”

 Abiso ng Tulong sa Wika

 Abiso ng Hindi Pandidiskrimina ng Benepisyaryo

*Enclose notices with each letter*