# “Termination”

# “Pagwawakas”

# NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION

# About Your Treatment Request

# PAUNAWA NG PAGPAPASIYA NG SALUNGAT NA BENEPISYO

# Tungkol sa Inyong Kahilingan sa Paggamot

*Date*

|  |  |
| --- | --- |
| *Beneficiary's Name* | *Treating Provider's Name* |
| *Address* | *Address* |
| *City, State, Zip* | *City, State, Zip*  |
| *Numero ng Medi-Cal* | *Numero ng Telepono* |

### RE: *Service requested*

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

Maaari kayong umapela sa desisyong ito kung sa inyong tingin ay mali ito. Ang kalakip na “Ang Inyong mga Karapatan (Your Rights)” na impormasyon sa paunawa ay sinasabi sa inyo kung paano. Sinasabi rin nito sa inyo kung saan kayo maaaring humingi ng tulong. Ito ay nangangahulugan din para sa libreng legal na tulong. Hinihikayat kayo na ipadala kasama ng inyong apela ang anumang impormasyon o mga dokumento na maaaring tumulong sa inyong apela. Ang kalakip na “Ang Inyong mga Karapatan (Your Rights)” na impormasyon sa paunawa ay nagkakaloob ng mga itinakdang panahon na dapat ninyong sundin kapag humihiling ng isang apela.

Maaari kayong humingi ng mga libreng kopya ng lahat ng impormasyong ginamit upang magawa ang desisyong ito. Kabilang dito ang kopya ng panuntunan, protokol, o mga pamantayang ginamit namin upang magawa ang aming desisyon. Upang hilingin ito, mangyaring tawagan ang "Quality Management Department" sa (650) 573-3431.

Kung nais ninyong magpatuloy sa pagkuha ng serbisyong ito habang gumagawa kami ng desisyon sa inyong apela, dapat kayong humingi ng apela sa loob ng 10 araw mula sa petsa ng liham na ito, o bago ng petsa na sinasabi sa inyong plano na ang mga serbisyo ay mahihinto o mababawasan, na nakalista sa itaas.

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

Ang “Quality Management Department” ay makakatulong sa iyo sa anumang tanong na mayroon ka tungkol sa paunawa na ito. Para sa tulong, maari kang tumawag sa “Quality Management” , Lunes hanggang Biyernes, sa oras- 8am hanggang 5pm PST, sa telepono (650) 573-3431. Kung mayroon kang problema sa pagsasalita o pangdinig, maaari mong tawagan ang 711 o ang “California Relay Service” sa (800) 855-7100, sila ay bukas magdamag (24 oras), araw-araw (7beses) sa isang linggo, kung kailangan mo ng tulong.

Kung kailangan ninyo ang paunawang ito at/o iba pang mga dokumento mula sa BHRS sa isang alternatibong pormat ng komunikasyon gaya ng large font, Braille, o isang pormat na elektroniko, o, kung nais ninyo ng tulong sa pagbasa sa materyales, mangyaring kontakin ang BHRS sa pamamagitan ng pagtawag sa (800) 388-5189.

Kung hindi nakakatulong sa inyo ang BHRS ayon sa inyong kasiyahan at/o kailangan ninyo ng karagdagang tulong, ang State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office ay maaaring tumulong sa inyo para sa anumang katanungan. Maaari ninyo silang tawagan mula Lunes hanggang Biyernes, 8am hanggang 5pm PST, maliban sa mga pista opisyal, sa 1-888-452-8609.

*Signature Block*

Mga Kalakip: NOABD “Ang Inyong mga Karapatan (Your Rights)”

*Enclose notice with each letter*