**“Authorization Delay”**

**“Pag-antala ng Awtorisasyon”**

**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  |
|  |  |

### RE: *Service requested*

*You or your provider (Name of requesting provider)* ay hiningi sa San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services (BHRS) na kumuha o aprobahan ang *Service requested*. Ang aming mga talaan ay nagpapakita na humiling kayo ng (mga) serbisyo, o ang (mga) serbisyo ay hiniling sa inyong ngalan noong *date requested*. Ang BHRS ay hindi pa nakagawa ng desisyon tungkol sa kahilingan.

Humihingi kami ng paumanhin para sa pagkaantala sa pagproseso ng kahilingang ito. Inaasikaso na namin ang inyong kahilingan at ipagkakaloob sa *you or your provider (Name of requesting provider)* ang desisyon sa lalong madaling panahon.

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

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 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.

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

*Signature Block*

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

*(Enclose notice with each letter)*