

PROSESO NG KARAINGAN AT MGA APELA

Kung mayroon kang alalahanin o problema o hindi ka nasisisiyahan sa iyong mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, nais tiyakin ng Behavioral Health Plan (BHP, Plano sa Kalusugan ng Pag-uugali) na malutas ang iyong mga alalahanin sa simple at madaling paraan. Ikaw o ang iyong kinatawan ay maaaring maghain ng Karaingan o Apela sa tanggapan ng Tulong sa Mamimili (Consumer Assistance) sa 1(800) 779-0787. Maaari ka ring magtanong sa iyong provider kung mayroon silang proseso sa paglutas ng mga karaingan. **Mangyaring gamitin ang Form sa Karaingan at Kahilingan Para Sa Apela upang maghain ng Karaingan o humiling ng isang Apela.** Mangyaring tandaan na ang mga apela ay maaari lamang ihain sa Tulong sa Mamimili at *hindi* sa iyong provider. **Hindi ka mapapailalim sa diskriminasyon o iba pang kaparusahan dahil sa paghain ng Karaingan o Apela.**

Ang **Karaingan** ay ipinapaliwanag bilang isang pagpapahayag ng hindi kasiyahan tungkol sa anumang bagay kaugnay ng iyong mga serbisyo sa kalusugan sa pag-uugali na hindi nabibilang sa mga problema na saklaw ng mga proseso ng Apela at Patas na Pagdinig ng Estado na ipinaliliwanag sa ibaba. Ang mga halimbawa ng karaingan ay maaaring katulad ng mga sumusunod: sa kalidad ng pangangalaga sa mga ibinibigay na serbisyo, mga aspekto ng relasyong interpersonal – tulad ng kawalang-galang ng isang empleyado, atbp. **Mga hakbang sa paghain ng Karaingan:**

- Maghain ng Karaingan nang pasalita o sa pamamagitan ng pagsulat. Ang mga karaingan na pasalita ay hindi na kinakailangang sundan ng pagsulat. Maaari kang mag-awtorisa ng ibang taong kikilos sa iyong ngalan.
- Maaari kang maghain ng Karaingan sa anumang panahon.
- Makakatanggap ka ng nakasulat na pagkilala ng pagtanggap ng iyong Karaingan na may tatak ng koreo sa loob ng 5 araw ng pagkakatanggap ng iyong Karaingan.
- Ang BHP ay mayroong 90 araw sa kalendaryo matapos ang pagtanggap ng iyong Karaingan upang suriin ito at abisuhan ka o ang iyong kinatawan tungkol sa desisyon sa pamamagitan ng pagsulat. Kung walang naabot na resolusyon sa iyong karaingan sa loob ng 90 araw sa kalendaryo, bibigyan ka kaagad ng abiso na pasalita at/o nakasulat tungkol sa iyong mga karapatan at partikular na impormasyon hinggil sa iyong karaingan.
- Maaari mong pahabain ang panahon hanggang sa 14 na araw sa kalendaryo kung hihiling ka ng palugit, o kung tutukuyin ng BHP na may pangangailangan para sa karagdagang impormasyon at na makatutulong sa iyo ang pagpapaliban, kung sa gayon ay makatatanggap ka ng abiso na pasalita o nakasulat mula sa BHP.

Saan Maghahain ng Iyong Karaingan**Sa Alameda County Behavioral Health (ACBH):**

Gamit ang telepono: 1-800-779-0787 Tulong sa Mamimili
Para sa tulong sa pandinig o pananalita, tumawag sa 711, California Relay Service (Serbisyo sa Paghatid ng California)

Gamit ang US Mail (Koreo ng US): 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

Sa Personal: Sa pagbisita sa Tulong sa Mamimili sa Mental Health Association, 954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

Sa iyong provider: Maaaring lutasin ng iyong provider ang iyong karaingan nang internal o idirekta ka sa ACBH sa itaas. Maaari kang makakuha ng mga form at tulong mula sa iyong provider.



Ang **Apela** ay ang pagsusuri ng BHP sa Salungat na Pagpapasiya ng Benepisyo (Adverse Benefit Determination, ABD). Ang **Salungat na Pagpapasiya ng Benepisyo** ay ipinapaliwanag bilang alinman sa mga sumusunod na aksiyon na isinagawa ng BHP o ng isang provider na kinontrata ng BHP hinggil sa mga serbisyo ng Medi-Cal sa kalusugan ng pag-uugali: 1) Ang pagtanggap o limitadong awtorisasyon sa hiniling na serbisyo, kabilang ang mga pagtutukoy batay sa uri o antas ng serbisyo, medikal na pangangailangan, kaangkupan, pagtatakda, o pagiging epektibo ng saklaw na benepisyo; 2) Ang pagbawas, pagsuspindi, o pagwawakas ng dati nang inawtorisahang serbisyo; 3) Ang pagtanggap, ng kabuuan o ng bahagi, ng pagbayad para sa isang serbisyo; 4) Ang pagkabigong magbigay ng mga serbisyo sa napapanahong paraan; 5) Ang kabiguang kumilos sa loob ng mga inaatas na panahon para sa karaniwang paglutas ng mga karaingan at apela; o 6) Ang pagtanggap sa kahilingan ng benepisyaryo na salungatin ang pananagutang pinansiyal. Ang desisyon na ginawa ng BHP tungkol sa iyong mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali ay maaaring ipaliwanag sa liham ng **Abiso ng Salungat na Pagpapasiya ng Benepisyo (Notice of Adverse Benefit Determination, NOABD)** na ipinadala o personal na ibinigay sa iyo. **Mga hakbang sa paghain ng Apela:**

- Tanging mga benepisyaryo lamang ng Medi-Cal ang maaaring maghain ng isang Karaniwan o Pinabilis na Apela sa ACBH hinggil sa isang NOABD para sa isang serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali ng Medi-Cal.
- Maghain ng Apela nang personal, gamit ang telepono o sa pamamagitan ng pagsulat sa loob ng 60 araw mula sa petsa ng NOABD. Kung maghahain ka ng Apela nang pasalita, kailangan mo itong sundan ng nilagdaang nakasulat na Apela. Kung hindi ka nakatanggap ng NOABD, walang nakatakdang huling araw para sa paghain; kaya naman maaari kang maghain sa anumang oras. Maaari kang mag-awtorisa ng ibang taong kikilos sa iyong ngalan.
- Sa iyong kahilingan, itutuloy ang iyong mga benepisyo habang hindi pa nadedesisyunan ang Apela KUNG ihahain mo ang Apela sa loob ng 10 araw sa kalendaryo mula sa petsa na ipinadala o ibinigay ang NOABD sa iyo.
- Makakatanggap ka ng nakasulat na pagkilala ng pagtanggap ng iyong Apela na may tatak ng koreo sa loob ng 5 araw sa kalendaryo ng pagkakatanggap ng Apela.
- Mayroong 30 araw ang BHP matapos matanggap ang iyong Apela upang suriin ito at abisuhan ka o ang iyong kinatawan tungkol sa desisyon sa pamamagitan ng pagsulat. Sa panahong ito, maaari kang magbigay ng berbal o nakasulat na pansuportang dokumentasyon pati na ebidensiya at patotoo at magsagawa ng legal at mga argumentong nababatay sa katotohanan.
- Maaari mong pahabain ang panahon hanggang sa 14 na araw sa kalendaryo kung hihiling ka ng palugit, o kung sa palagay ng BHP ay may pangangailangan para sa karagdagang impormasyon at na makatutulong sa iyo ang pagpapaliban kung sa gayon ay makatatanggap ka ng abiso na pasalita o nakasulat mula sa BHP.
- Hindi maaaring mag-apela ang mga benepisyaryo na hindi nasisiyahan sa kinalabasan ng karaingan.

Maaaring humiling ng **Pinabilis na Apela** kung sa tingin mo na ang paghihintay ng 30 araw ay seryosong magsasapanganib sa iyong kalusugang pangkaisipan o sa kondisyon ng iyong sakit sa pagkakalulong sa paggamit ng substansiya at/o ang iyong kakayanan na matamo, mapanatili o mabawi ang ganap na pagkilos. Kung sumasang-ayon ang BHP na natutugunan ng iyong apela ang mga pangangailangan para sa Pinabilis na Apela, lulutasin ito ng BHP sa loob ng 72 oras matapos matanggap ang Pinabilis na Apela. **Mga hakbang sa paghain ng Pinabilis na Apela:**

- Maghain ng Pinabilis na Apela nang personal, o gamit ang telepono o sa pamamagitan ng pagsulat sa loob ng 60 araw mula sa petsa ng Abiso sa Salungat na Pagpapasiya ng Benepisyo (NOABD). Hindi na kailangang isulat ang mga pasalita o personal na kahilingan para sa Pinabilis na Apela. Maaari kang mag-awtorisa ng ibang taong kikilos sa iyong ngalan.

- Sa iyong kahilingan, itutuloy ang iyong mga benepisyo habang hindi pa nadedesisyunan ang Pinabilis na Apela KUNG ihahain mo ang Apela sa loob ng 10 araw sa kalendaryo mula sa petsa na ipinadala o ibinigay ang NOABD sa iyo.
- Ang BHP ay mayroong 72 oras matapos ang pagtanggap ng iyong Pinabilis na Apela upang suriin ito at abisuhan ka o ang iyong kinatawan gamit ang nakasulat na Abiso ng Paglutas ng Apela (Notice of Appeal Resolution, NAR), at maaari ka ring abisuhan nang pasalita. Sa panahong ito, maaari kang magbigay ng berbal o nakasulat na pansuportang dokumentasyon pati na ebidensiya at patotoo at magsagawa ng legal at mga argumentong nababatay sa katotohanan.
- Maaari mong pahabain ang panahon hanggang sa 14 na araw sa kalendaryo kung hihiling ka ng palugit, o kung tutukuyin ng BHP na may pangangailangan para sa karagdagang impormasyon at na makatutulong sa iyo ang pagpapaliban.
- Kung pagpapasiyahan ng BHP na hindi kuwalipikado ang iyong apela para sa isang Pinabilis na Apela, agad ka nilang aabisuhan nang pasalita at sa pamamagitan ng sulat sa loob ng 2 araw sa kalendaryo. Kung sa gayon ay susunod ang iyong apela sa proseso ng Karaniwang Pag-apela.

Saan Maghahain ng Iyong Apela

Sa Alameda County ACBH:

Gamit ang telepono: 1-800-779-0787 Tulong sa Mamimili
Para sa tulong sa pandinig o pananalita, tumawag sa 711, California Relay Service (Serbisyo sa Paghatid ng California)

Gamit ang US Mail (Koreo ng US): 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

Sa Personal: Sa pagbisita sa Tulong sa Mamimili sa Mental Health Association, 954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

Mayroon kang karapatan para sa isang **Patas na Pagdinig ng Estado**, isang hiwalay na pagsusuri na isinasagawa ng Departamento ng Serbisyonang Panlipunan ng California, kung nagamit mo na nang lubos ang proseso ng Apela ng BHP. May nakalakip na kahilingan para sa isang Patas na Pagdinig ng Estado sa bawat Abiso ng Paglutas ng Apela (NAR); kailangan mong isumite ang kahilingan sa loob ng 120 araw mula sa petsa ng tatak ng koreo o sa araw na personal na ibinigay sa iyo ng BHP ang NAR. Maaari kang humiling ng isang Patas na Pagdinig ng Estado nakatanggap ka man o hindi ng NOABD. Para panatilihin ang pareho mong mga serbisyo habang naghahintay para sa isang pagdinig, kailangan mong humiling ng pagdinig sa loob ng sampung (10) araw mula sa petsa na ipinadala o ibinigay nang personal ang NAR sa iyo o bago ang petsa ng pagkakaroon ng bisa ng pagbabago sa serbisyo, alinman ang mas nahuhuli. Kailangang maabot ng Estado ang desisyon nito sa loob ng 90 araw sa kalendaryo mula sa petsa ng kahilingan para sa Mga Karaniwang Pagdinig at sa loob ng 3 araw mula sa petsa ng kahilingan para sa Mga Pinabilis na Pagdinig. Dapat na kaagad awtorisahan o ibigay ng BHP ang mga ipinaglilabang serbisyo sa loob ng 72 oras mula sa petsa ng pagtanggap nito ng abiso na nagsasalungat sa ABD ng BHP. Maaari kang humiling ng isang Patas na Pagdinig ng Estado sa pamamagitan ng pagtawag sa 1(800) 952-5253, o para sa TTY 1 (800) 952-8349, nang online sa <https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx> o nang nakasulat sa: California Department of Social Services/State Hearings Division, P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37, Sacramento, CA 94244-2430.

Para sa higit pang detalyadong impormasyon hinggil sa proseso ng Karaingan o Apela, mangyaring humingi sa iyong provider ng kopya ng *Gabay sa Mga Serbisyo sa Kalusugang Pangkaisipan ng Medi-Cal (Guide to Medi-Cal Mental Health Services)* O *Gabay sa Mga Serbisyo sa Gamot ng Medi-Cal (Guide to Drug Medi-Cal Services)*. Para sa mga katanungan o tulong sa pagsagot ng mga form, maaari kang magtanong sa iyong provider o tumawag sa:

Tulong sa Mamimili: 1(800) 779-0787

KARAINGAN o KAHILINGAN PARA SA APELA

Ang form na ito ay ginagamit para sa paghain ng Karaingan o sa paghiling ng Apela. Kung kailangan mo ng tulong sa pagkompleto ng form na ito, maaari kang humiling ng tulong mula sa iyong provider o sa pagtawag sa Tulong sa Mamimili (Consumer Assistance) sa (800) 779-0787. **Ang nilagdaang *Awtorisasyon para sa Paglabas ng Kumpidensiyal na Impormasyon* ay kailangang isumite kalakip ng form na ito.** Ang Karaingan o Kahilingan Para sa Apela ay maaaring isumite sa iyong provider (MD/doktor, case manager, clinician, ang Superbisor ng Programa, atbp.) o direktang ipadala gamit ang koreo sa Tulong sa Mamimili sa: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606. **Mangyaring sagutan ang magkabilang pahina ng form na ito.**

Nais kong maghain ng: (pumili ng isa) Karaingan Apela

Maglagay ng tsek dito kung hinihiling mo na iproseso ang iyong Apela gamit ang Proseso ng Pinabilis na Apela (*tingnan ang mga pangangailangan para sa Pinabilis na Apela*)

Mahalaga ang iyong address at numero ng telepono. Kailangan namin ang impormasyong ito upang makipag-ugnayan sa iyo tungkol sa resulta ng iyong Karaingan o Apela. **PAKI-PRINT:**

Iyong Pangalan: _____

Iyong Address: _____

Iyong Telepono sa Araw: _____ Petsa ng Kapanganakan: _____

Maaari ba kaming mag-iwan ng mensahe sa numero sa itaas? Oo Hindi

Kasalukuyang Provider: _____

Kung Naangkop, Ang Taong Kumakatawan Sa Iyo: _____

Kanilang Address: _____

Kanilang Telepono sa Araw: _____



Paki-sagutan ang mga sumusunod na tanong: Maglakip ng mga karagdagang pahina kung kinakailangan.

Ano ang problema? _____

Ano ang ginawa mo upang subukang lutasin ang problema? _____

Ano ang nais mong maging solusyon? _____

Lagda ng Mamimili (o Kinatawan ng Mamimili)

Petsa

Hindi ka mapapailalim sa diskriminasyon o iba pang kaparusahan dahil sa paghain ng Karaingan o Apela. Poprotektahan ang iyong kumpidensyalidad sa lahat ng panahon alinsunod sa batas ng Estado at batas Pederal. Maaari kang humiling ng isang Patas na Pagdinig ng Estado matapos kompletuhin ang Proseso ng Apela.

Awtorisasyon para sa Paglabas ng Kumpidensiyal na Impormasyon

Pahina | 1

(Mangyaring sagutan ang magkabilang pahina ng form na ito)

Apelyido ng Mamimili	Pangalan	Gitnang Pangalan	Petsa ng Kapanganakan
Address ng Kalye	Lungsod	Zip Code	Telepono sa Araw

Social Security Number ***(Kinakailangan)**

Hinihiling ko na ang aking protected health information (PHI, protektadong impormasyong pangkalusugan) mula sa:

Pangalan ng Provider ng Pangangalagang Pangkalusugan	Telepono		
Address ng Kalye	Lungsod/Estado	Zip Code	# ng FAX (kung alam)

Ay ilabas sa: ACBH – QA Office
Consumer Assistance
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606

Inaawtorisahan ko na ilabas ang sumusunod na PHI mula sa aking (mga) medikal na rekord:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rekord sa Emergency Room | <input type="checkbox"/> Mga Slide/Ulat ng Pathology |
| <input type="checkbox"/> Mga Ulat ng Laboratoryo | <input type="checkbox"/> Mga Rekord ng Naka-itemize na Bill |
| <input type="checkbox"/> Mga Ulat ng Radiology | <input type="checkbox"/> Buod ng Pagpapalabas mula sa Ospital (Discharge Summary) |
| <input type="checkbox"/> Rekord ng Pagpapabakuna | <input type="checkbox"/> Kasaysayan at Pisikal, Mga Konsultasyon |
| <input type="checkbox"/> Kompletong Medikal na Rekord (lahat ng pahina) | <input type="checkbox"/> Mga Ulat ng Pag-opera |
| <input type="checkbox"/> Iba pa: _____ | |



Pinoprotektahan ng batas ng Estado at batas Pederal ang sumusunod na impormasyon. Kung naaangkop ang impormasyong ito sa iyo, mangyaring tukuyin kung nais mong ilabas/makuha ang impormasyong ito (ilagay ang mga petsa kung saan naaangkop):

- | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| Mga Rekord ng Kalusugang Pangkaisipan | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |
| Mga Rekord ng Psychotherapy | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |
| Mga Pagsusuri sa HIV at Mga Resulta | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |
| Rekord ng Pagkalulong sa Alkohol, Droga, o Substansiya | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |
| Mga Rekord ng Henetika (Genetic) | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |

Saklaw ng panahon ng pangangalagang pangkalusugan mula: Partikular na (mga) petsa _____ hanggang _____ **O**

Lahat ng pagtatagpo/pagbisita sa nakaraan, kasalukuyan, at hinaharap

Layunin sa paghiling ng impormasyon: Paglutas ng aking karaingan o kahilingan sa pag-apela

Ang pahintulot na ito ay napapailalim sa pagwawalang-bisa ng may lagda sa anumang panahon maliban sa kung ang aksiyon ay isinagawa dahil sa pagpapahintulot, at kung hindi napawalang-bisa bago nito, magwawakas ito anim (6) na buwan mula sa petsa ng pahintulot. Maaaring pawalan ng bisa ng may lagda ang paglabas na ito sa pamamagitan ng pagsulat sa o pagpapaalam nang pasalita sa Consumer Assistance (Tulong sa Mamimili).

Lagda ng Kliyente o Awtorisadong Kinatawan

Petsa

Naka-print na Pangalan

Relasyon sa Pasyente (kung naaangkop)

Ipinagbabawal ang anumang paglabas ng impormasyon ng mga medikal na rekord ng (mga) tatanggap maliban kung ipinahayag sa layunin ng paglabas. PAGBABAWAL SA MULING PAGLABAS NG PROTEKTADONG IMPORMASYON NA SUD: Ipinagbabawal ng 42 CFR Part 2 ang hindi awtorisadong paglabas ng mga rekord na ito.