**PAUNAWA NG PAGPAPASYA NG PAGSALUNGAT SA BENEPISYO (NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION)**

**Tungkol sa Iyong Kahilingan para sa Paggamot – Paunawa Tungkol sa Napapanahong Pag-access**

*Petsa*

*Pangalan ng Miyembro Pangalan ng Tagapangalagang Provider*

*Address Address*

*Lungsod, Estado Zip Lungsod, Estado Zip*

**TUNGKOL SA:** *Serbisyong hiniling*

*Ikaw o ang Iyong Provider - Hiniling ng Pangalan ng humihiling na provider* sa *Plano* na makakuha o maaprubahan ang *Serbisyong hiniling*. Hindi naibigay ng *Pangalan ng humihiling na provider* ang mga serbisyo sa loob ng *bilang ng* araw ng trabaho. Ayon sa aming tala, humiling ka ng (mga) serbisyo o may humiling ng (mga) serbisyo para sa iyo noong *Petsa.*

Humihingi kami ng paumanhin sa pagkaantala sa pagbibigay ng napapanahong serbisyo. Pinoproseso na namin ang iyong kahilingan at ibibigay namin ang *Serbisyong hiniling* sa lalong madaling panahon.

Maaari mong iapela ang desisyong ito. Ipinapaliwanag ng kalakip na paunawang “Iyong mga Karapatan” kung paano mo ito gagawin. Ipinapaliwanag din nito kung saan ka maaaring humingi ng tulong sa iyong apela. Kabilang dito ang libreng tulong legal. Hinihikayat kang magsama ng anumang impormasyon o dokumento na maaaring makatulong sa iyong apela. Ang kalakip na paunawang “Iyong mga Karapatan” ay naglalaman ng mga takdang panahon na dapat mong sundin kapag humihiling ng apela.

Matutulungan ka ng *Plano* sa anumang mga tanong mo tungkol sa paunawang ito. Para sa tulong, maaari kang tumawag sa *Plano* *mula mga oras ng operasyon* sa *numero ng telepono*. Kung nahihirapan kang magsalita o makarinig, mangyaring tumawag sa TTY/TTD number *TTY/TTD number*, mula *mga oras ng operasyon* para sa tulong.

Kung kailangan mo ang paunawang ito at/o iba pang mga dokumento mula sa Plano sa isang alternatibong format ng komunikasyon tulad ng malaking font, Braille, o isang elektronikong format, o kung nais mo ng tulong sa pagbabasa ng materyal, makipag-ugnayan sa *Plano* sa pamamagitan ng pagtawag sa *numero ng telepono*.

Kung hindi ka nasiyahan sa tulong ng *Plano* at/o kailangan mo ng karagdagang suporta, maaaring tumulong sa iyo ang Pinamamahalaang Pangangalaga ng Medikal ng Estado Tanggapan ng Ombudsman (State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office) sa anumang mga katanungan. Maaari mo silang tawagan Lunes hanggang Biyernes, 8am hanggang 5pm PST, maliban sa mga holiday, sa 1-888-452-8609.

Hindi nakakaapekto ang paunawang ito sa iba mo pang mga serbisyo sa ilalim ng   
Medi-Cal.

*Team para sa Karaingan ng County*

Kalakip*: Iyong mga Karapatan sa ilalim ng Medi-Cal Managed Care*

Paunawa sa Pagkakaroon ng Serbisyo sa Wika