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

**Tungkol sa Iyong Kahilingan para sa Paggamot – Paunawa ng Pagtanggi**

*Petsa*

*Pangalan ng Miyembro Pangalan ng Tagapangalagang Provider*

*Address Address*

*Lungsod, Estado Zip Lungsod, Estado Zip*

**TUNGKOL SA:** *Serbisyong hiniling*

Hiniling ni *Pangalan ng humiling* kay *Pangalan ng Provider* na aprubahan ang *Serbisyong hiniling.* Tinanggihan ang kahilingang ito. Ang dahilan ng pagtanggi ay*: 1. Isang malinaw at maikling paliwanag ng mga dahilan sa likod ng desisyon; 2. Isang paglalarawan ng mga pamantayan o panuntunan na ginamit, kabilang ang pagsipi sa mga partikular na regulasyon at mga proseso ng awtorisasyon na sumusuporta sa aksyon; at 3. Ang mga klinikal na dahilan para sa desisyon kaugnay ng pangangailangang medikal.*

Maaari mong iapela ang desisyong ito kung sa palagay mo ay hindi ito tama. 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.

Maaari kang humiling ng mga libreng kopya ng lahat ng impormasyong ginamit sa paggawa ng desisyong ito. Kabilang dito ang isang kopya ng mga panuntunan, protokol, o pamantayang ginamit namin sa paggawa ng aming desisyon. Upang humiling nito, mangyaring tumawag sa *Pangalan ng Provider* sa *numero ng telepono*.

Kung kasalukuyan kang tumatanggap ng mga serbisyo at nais mong ipagpatuloy ito habang naghihintay ng desisyon sa iyong apela, kailangan mong magsumite ng apela sa loob ng 10 araw mula sa petsa ng liham na ito o bago ang petsang itinakda ng Pangalan ng Provider kung kailan ititigil o babawasan ang mga serbisyo.

Matutulungan ka ng County sa anumang mga tanong mo tungkol sa paunawang ito. Para sa tulong, maaari kang tumawag sa *Pangalan ng Provider*, *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 County 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 *Pangalan ng Provider* sa pamamagitan ng pagtawag sa *numero ng telepono*.

Kung hindi ka nasiyahan sa tulong ng County 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.

*Pagbati mula sa Ahensya ng Provider*

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

Paunawa sa Pagkakaroon ng Serbisyo

Paunawa ng Walang Diskriminasyon