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

**Tungkol sa Iyong Kahilingan para sa Paggamot – Pagtanggi sa Bayad**

*Petsa*

*Pangalan ng Miyembro Pangalan ng Tagapangalagang Provider*

*Address Address*

*Lungsod, Estado Zip Lungsod, Estado Zip*

**TUNGKOL SA:** *Serbisyong hiniling*

Hiniling ng *Pangalan ng humihiling na provider* sa *Pangalan ng Provider* na aprubahan ang bayad para sa sumusunod na serbisyong natanggap mo na: *Serbisyong hiniling.* Tinanggihan ng Plano ang kahilingan ng iyong provider para sa bayad. Ang dahilan ng pagtanggi ay*:*

*1. Isang malinaw at maikling paliwanag ng mga dahilan ng desisyon;*

1. *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*
2. *Ang mga klinikal na dahilan para sa desisyon kaugnay ng pangangailangang medikal.*

# Pakitandaan: Hindi ito isang singil para sa serbisyo. Hindi ka obligado na bayaran ang mga serbisyong natanggap mo.

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*.

Matutulungan ka ng Pangalan ng Provider 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 ng mga Serbisyo sa Miyembro ng Plano*. 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 ng paunawang ito at/o iba pang mga dokumento mula sa Pangalan ng Provider sa alternatibong format ng komunikasyon tulad ng malaking font, Braille, o elektronikong format, o kung nais mong humingi ng tulong sa pagbabasa ng materyal, mangyaring makipag-ugnayan sa *Pangalan ng Provider* 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.

*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