# ABISO NG PASYA SA APELA

#### Date

## *Member’s Name* *Treating Provider’s Name*

*Address* *Address*

*City, State Zip* *City, State Zip*

### TUNGKOL SA: *Service requested*

Kayo o si*Name of requesting provider or authorized representative*,sa ngalan ninyo, ay umapela sa HINDI PAGBIBIGAY PAGKAANTALA PAGBABAGO PAGBABAWAS

PAGWAWAKAS O IBA PANG PAGPAPASYA SA HINDI PAGBIBIGAY NG MGA BENEPISYO ng *Service requested.*

Sinuri ng Plano ang apela at napagpasyahang suportahan ang desisyon. Hindi pa rin aprubado ang kahilingan.

Ito ay dahil sa*Using plain language, insert: 1. A clear and concise explanation of the reasons for the decision;* *2. A description of the criteria or guidelines used, including a reference to the specific regulations or plan authorization procedures that support the action; and* *3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity*.

Maaari kayong humiling ng mga libreng kopya ng lahat ng impormasyon ginamit upang maisagawa ang desisyong ito. Kasama rito ang kopya ng aktwal na pagkakaloob ng benepisyo, alituntunin, protocol, o mga pamantayan kung saan namin ibinatay ang aming desisyon. Upang humiling, makipag-ugnayan sa isa sa mga nakalistang ahensya sa ibaba.

**Matutulungan kayo ng Plano sa anumang tanong na mayroon kayo tungkol sa paunawang ito.**

* Para sa tulong sa mga serbisyo sa OUPATIENT, tumawag sa Consumer Center for Health Education at Advocacy (CCHEA) sa pagitan ng 9:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. sa 1-877-734-3258.
* Para sa tulong sa mga serbisyo sa INPATIENT o RESIDENSYAL, tumawag sa JFS Patient Advocacy Program sa pagitan ng 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. sa 619-282-1134 o 1-800-479-2233.
* Kung may problema kayo sa pagsasalita o pandinig, pakitawagan ang numero ng TTY/TTD na 711, sa pagitan ng 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. para sa tulong.

Maaari ninyong iapela ang desisyong ito sa pamamagitan ng paghiling ng Pagdinig ng Estado. Nakasaad sa kalakip na abiso ng impormasyon sa “Inyong Mga Karapatan” kung paano ito gagawin. Nakasaad din dito kung saan kayo makahihingi ng tulong sa inyong apela. Ibig sabihin din ay libre ang legal na tulong na ito. Hinihikayat namin kayo na ipadala ang anumang impormasyon makakatulong sa inyong kaso. Nakalagay sa kalakip na abiso ng impormasyon sa “Inyong Mga Karapatan” ang mga timeline na dapat ninyong sundin kapag humihiling ng apela.

Kung kailangan ninyo ang abisong ito at/o iba pang dokumento mula sa Plano sa ibang format ng komunikasyon gaya ng malaking font, Braille, o electronic na format, o kung gusto ninyo ng tulong sa pagbasa sa materyal, mangyaring makipag-ugnayan sa Access and Crisis Line (ACL) sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-888-724-7240 o TTY/TDD 711.

Kung hindi kayo tutulungan ng Plano para sa ikasisiya ninyo at/o mangangailangan kayo ng karagdagang tulong, matutulungan kayo ng Tanggapan ng Ombudsman ng State Medi-Cal Managed Care sa anumang tanong. Maaari kayong tumawag dito nang Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. PST, maliban sa mga holiday, sa 1-888-452-8609.

*Signature Block*

Nakalakip: “Inyong Mga Karapatan”

*Enclose notice with each letter*