# "ABD Upheld”

**“ABD Itinaguyod”**

# NOTICE OF APPEAL RESOLUTION

**PAUNAWA SA KAPASIYAHAN NG APELA**

*Date*

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

*Address* *Address*

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

**RE:** *Service requested*

Ikaw o*Name of requesting provider or authorized representative, on your behalf,* inapela ang *denial, delay, modification, reduction or termination or other adverse benefits determination of Service requested*. Matapos ang pagsusuri ng inyong apela, nagpasya ang “San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services (BHRS)” na itaguyod ang desisyon. Ang kahilingan ito ay mananatiling nakatanggi. Ito ay dahilan 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.*

Maari kayong humingi ng libreng mga kopya ng lahat ng impormasyon na ginagamit upang gawin ang desisyon na ito. Kabilang dito ang isang kopya ng aktwal na probisyon ng benepisyo, patnubay, protocol, o pamantayan kung saan binatay namin ang aming naging desisyon. Upang hilingin ito, mangyaring tawagan ang "Quality Management Department" sa (650) 573-3431.

Maari kayong mag-apela sa desisyon na ito sa pamamagitan ng paghiling ng isang pagdinig sa “Estado ng California”. Ang napakaloob na “Iyong Mga Karapatan” ay sinasaad ang impormasyon papaano gawin ito. Sinasabi rin nito sa iyo kung saan ka makakakuha ng tulong sa iyong apela. Ito rin ay nangangahulugang libreng tulong na legal. Kayo ay hinihikayat na magpadala ng anumang impormasyon na makakatulong sa inyong kaso. Ang nakapaloob na “ Iyong Mga Karapatan” na impormasyon ay nagbibigay ng mga takdang panahon na dapat mong sundin kapag humihiling ng apela.

Ang “Quality Management Department” ay makakatulong sa iyo sa anumang tanong na mayroon ka tungkol sa paunawa na ito. Para sa tulong, maari kang tumawag sa “Quality Management” , Lunes hanggang Biyernes, sa oras- 8am hanggang 5pm PST, sa telepono (650) 573-3431. Kung mayroon kang problema sa pagsasalita o pangdinig, maaari mong tawagan ang 711 o ang “California Relay Service” sa (800) 855-7100, sila ay bukas magdamag (24 oras), araw-araw (7beses) sa isang linggo, kung kailangan mo ng tulong.

Kung kailangan mo ang paunawa na ito o at iba pang mga dokumento mula sa BHRS sa alternibong pormat ng komunikasyon tulad ng malaking “font”, “braille”, o elektronikong pormat, o kung nais mo ng tulong sa pagbabasa ng materyal, mangyaring makipagugnay ka sa BHRS sa pamamagitan ng pagtawag sa numero ng telepono - (800) 388-5189.

Kung ang tulong ng BHRS ay hindi sapat sa iyong kasiyahan at kailangan mo ng karagdagan tulong, ang “State Medi-cal Managed Care Ombudsman Office” ay makakatulong sa iyong mga katanungan. Maaari kang tumawag sa kanila, bukas sila ng Lunes hanggang Biyernes, simula ng 8am hanggang 5pm PST, liban sa piesta opisyal, sa telepono- 1-888-452-8609.

*Signature Block*

Nakapaloob: “Ang Iyong Karapatan”

*Enclose notice with each letter*