



75 Vanderbilt Avenue Staten Island, NY 10304 1-844-CPHL-CARES

EL LENGUAJE DE QUEJAS Y APELACIONES EN EL MANUAL MODELO DEL MIEMBRO

El siguiente lenguaje concerniente al trámite de quejas y apelaciones de la demostración de cuidados administrados a largo plazo debe aparecer en el Manual del Miembro del Contratista.

Centers Plan for Healthy Living todo lo posible por ocuparse de sus inquietudes o cuestiones tan rápido como pueda para que quede satisfecho. Puede utilizar ya sea nuestro trámite de quejas o de apelaciones, según el tipo de problema que tenga.

No cambiarán sus servicios ni la manera como será tratado por el personal Centers Plan for Healthy Living staff o por un proveedor del cuidado de la salud porque presentó una queja o apelación. Mantendremos su privacidad. Le daremos toda ayuda que pueda necesitar para presentar una queja o apelación. Esto incluye proporcionar servicios de interpretación o ayuda si tiene problemas visuales y/o auditivos. Puede seleccionar a alguien (como un pariente, amigo o proveedor) que actúe por usted.

Para presentar una queja o apelar la acción de un plan, por favor llame al: *1-855-279-1600 (TTY: 711)* o escriba a: *75 Vanderbilt Avenue, Staten Island, NY 10304*. Al contactarnos, necesitará darnos su nombre, dirección, teléfono y los detalles del problema.

¿Qué es una queja?

Una queja es toda comunicación suya dirigida a nosotros por insatisfacción con el cuidado y tratamiento que recibe de nuestro personal o los proveedores de los servicios cubiertos. Por ejemplo, si alguien fue descortés con usted o no le gusta la calidad del cuidado o de los servicios que recibió de nosotros, puede presentarnos una queja.

El trámite de quejas

Puede presentarnos su queja oralmente o por escrito. La persona que reciba su queja la registrará y el personal competente supervisará la revisión de la queja. Le mandaremos una carta diciéndole que hemos recibido su queja y una descripción de nuestro proceso de revisión. Revisaremos su queja y le contestaremos por escrito dentro de uno a dos plazos.

1. Si una demora incrementaría mucho el riesgo a su salud, decidiremos en un plazo de 48 horas tras recibir la información necesaria, pero el trámite será finalizado en un plazo de 7 días después de recibir la queja.
2. Para todos los otros tipos de quejas, le notificaremos acerca de nuestra decisión en un plazo de 45 días tras recibir la información necesaria, pero el trámite debe finalizarse a más tardar 60 días tras recibir la queja.

Nuestra respuesta describirá lo que averiguamos al revisar su queja y lo que decidimos acerca de su queja.

¿Cómo apelo la decisión de la queja?

Si no está satisfecho con la decisión que tomamos sobre su queja, puede solicitar una segunda revisión de su cuestión presentando una apelación a la queja, la cual debe ser por escrito. Tiene que presentar la apelación dentro de 60 días hábiles de haber recibido nuestra decisión inicial acerca de su queja. Cuando recibamos su apelación, le enviaremos un acuse de recibo informándole el nombre, la dirección y el teléfono de la persona que hemos designado para que responda a su apelación. Todas las apelaciones a quejas serán manejadas por los profesionales indicados como profesionales del cuidado de la salud especializados en quejas pertinentes a asuntos clínicos que no participaron en la decisión inicial.

Para apelaciones estándar, decidiremos sobre la apelación en un plazo de 30 días hábiles tras recibir toda la información necesaria para tomar nuestra decisión. Si una demora en la toma de nuestra decisión incrementaría mucho el riesgo a su salud, utilizaremos el trámite acelerado de apelación a quejas. Para las apelaciones aceleradas a quejas, tomaremos nuestra decisión sobre la apelación en un plazo de 2 días hábiles tras recibir toda la información necesaria. Para las apelaciones a quejas estándar y aceleradas, le avisaremos por escrito sobre nuestra decisión. El aviso incluirá las razones detalladas que apoyan nuestra decisión y en los casos relacionados con asuntos clínicos, la justificación clínica de nuestra decisión.

¿Qué es una acción?

Se consideran “acciones” del plan cuando Centers Plan for Healthy Living o limita servicios que usted o su proveedor solicitaron; rechaza una solicitud para una remisión; decide que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; restringe, reduce, suspende o cancela servicios que ya habíamos autorizado; rechaza el pago por servicios; no proporciona servicios oportunamente; o no hace determinaciones sobre quejas o apelaciones dentro de los plazos exigidos. Una acción está sujeta a apelación. (Vea [¿Cómo presento una apelación a una acción?](#) más abajo para más información.)

El momento oportuno del aviso sobre la acción

Si decidimos rechazar o limitar los servicios que solicitó o decidimos no pagar todo o parte de un servicio cubierto, le mandaremos un aviso cuando tomemos nuestra decisión. Si nos proponemos restringir, reducir, suspender o cancelar un servicio autorizado, enviaremos nuestra carta por lo menos 10 días antes de nuestra intención de cambiar el servicio.

El contenido del aviso de acción

Todo aviso que le mandemos acerca de una acción:

- Explicará la acción que hemos tomado o que tenemos previsto tomar;
- Citará las razones por la acción, como la justificación clínica, si la hay;
- Describirá su derecho a presentarnos una apelación (incluyendo si también podría tener el derecho al trámite estatal externo de apelaciones);
- Describirá cómo presentar una apelación interna y las circunstancias bajo las cuales usted puede solicitarnos que agilicemos (aceleremos) nuestra revisión de su apelación interna;
- Describirá la disponibilidad de los criterios de la revisión clínica en que se apoyó la toma de la decisión, si la acción involucró cuestiones de necesidad médica o si el tratamiento o servicio en cuestión fue experimental o estuvo bajo investigación;
- Describirá la información, si la hay, que usted o su proveedor deben proporcionar para que tomemos una decisión sobre su apelación.

Si estamos restringiendo, reduciendo, suspendiendo o cancelando un servicio autorizado, el aviso también le mencionará su derecho a que continúen sus servicios mientras decidimos sobre su apelación; cómo solicitar que esos servicios continúen; y las circunstancias bajo las cuales usted podría que tener que pagar por los servicios si continúan mientras revisamos su apelación.

¿Cómo presento una apelación a una acción?

Si usted no está de acuerdo con una acción que hemos tomado, puede apelar. Cuando presente una apelación, eso significa que nosotros debemos fijarnos una vez más en la razón por la que tomamos nuestra acción para decidir si lo que hicimos fue correcto. Usted puede presentarle al plan una apelación oral o escrita a una acción. Cuando el plan le manda una carta sobre una acción que está tomando (como rechazar o limitar servicios, o no pagar por ellos), usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días a partir de la fecha que aparece en nuestra carta notificándole sobre la acción.

¿Cómo contacto a mi plan para presentar una apelación?

Puede llamarnos al 1-855-279-160 (TTY: 711) o escribirnos a: 75 Vanderbilt Avenue, Staten Island, NY 10304. La persona que reciba su apelación la registrará y el personal competente supervisará la revisión de la apelación. Le mandaremos una carta informándole que hemos recibido su apelación con una copia del expediente de su caso que incluye expedientes médicos y otros documentos utilizados para tomar la decisión original. Su apelación será revisada por personal clínico capacitado no involucrado en la decisión inicial o acción del plan que usted está apelando.

Para algunas acciones, usted puede solicitar la continuación del servicio durante el trámite de la apelación

Si está apelando una restricción, reducción, suspensión o cancelación de los servicios que actualmente está autorizado para recibir, puede solicitar su continuación mientras su apelación es decidida. Tenemos que continuar su servicio si hace su solicitud a más tardar 10 días a partir de la fecha del aviso sobre la restricción, reducción, suspensión o cancelación de los servicios o la fecha prevista de entrada en vigor de la acción propuesta, lo que ocurra más tarde.

Sus servicios continuarán hasta que usted retire la apelación hasta 10 días después de mandar el aviso de la decisión sobre su apelación por correo si la decisión no fue en favor suyo, a menos que haya solicitado una Audiencia Imparcial de Medicaid del Estado de Nueva York con continuación de servicios. (Vea la sección sobre la Audiencia Imparcial más abajo.)

Aunque pueda solicitar la continuación de los servicios mientras su apelación es revisada, si ésta no es decidida a su favor, podríamos exigirle pagar por estos servicios si fueron proporcionados sólo porque usted pidió continuar recibiendo los servicios mientras su caso estaba siendo revisado.

¿Cuánto tiempo le tomará al decidir sobre mi apelación una acción?

A menos que usted nos pida una revisión acelerada, examinaremos su apelación la acción que tomamos como una apelación estándar y le mandaremos una decisión escrita tan pronto como su padecimiento lo requiera, a más tardar 30 días a partir de la fecha en que recibimos una apelación. (El plazo de revisión puede incrementarse hasta 14 días más si solicita una prórroga o necesitamos más información y la demora es en interés suyo.) Durante nuestra revisión, tendrá la oportunidad de presentar su caso en persona y por escrito. También tendrá la oportunidad de ver cualquier expediente suyo que sea parte de la revisión de la apelación.

Le mandaremos un aviso sobre la decisión que tomamos acerca de su apelación que identificará la decisión que tomamos y la fecha en que llegamos a esa decisión.

Si revertimos nuestra decisión de rechazarle o limitar los servicios solicitados o restringimos, reducimos, suspendemos o cancelamos servicios y los servicios no fueron proporcionados mientras su apelación estaba pendiente, le brindaremos los servicios disputados tan pronto como lo requiera su padecimiento. En algunos casos, usted podría solicitar una apelación “acelerada”. (Vea la sección Trámite acelerado de apelación continuación.)

Trámite acelerado de apelación

Si usted o su proveedor sienten que tomarse el tiempo para una apelación estándar podría ocasionarle un grave problema para su salud, puede pedir una revisión acelerada de su apelación. Le responderemos con nuestra decisión dentro de 72 horas. En ningún caso nos tardaremos más de 72 horas para emitir nuestra decisión tras recibir su apelación. (El plazo de revisión puede incrementarse hasta 14 días más si solicita una prórroga o necesitamos más información y la demora es en interés suyo.)

Si no estamos de acuerdo con su solicitud de agilizar su apelación, haremos todo lo posible para contactarle en persona e informarle que hemos rechazado su solicitud para una apelación acelerada y la tramitaremos como una apelación estándar. Además, le mandaremos un aviso escrito sobre nuestra decisión de negarle su solicitud para una apelación acelerada a los 2 días de recibir su solicitud.

¿Qué puedo hacer si el plan rechaza mi apelación?

Si nuestra decisión acerca de su apelación no es totalmente favorable para usted, el aviso que reciba le explicará su derecho a solicitar una Audiencia Imparcial de Medicaid del Estado de Nueva York y cómo obtenerla, quién puede comparecer en la Audiencia Imparcial en su nombre y, para algunas apelaciones, su derecho a recibir servicios mientras la Audiencia está pendiente y cómo hacer la solicitud.

Nota: usted tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de 120 días calendario tras la fecha del Aviso Definitivo de la Determinación Adversa.

Si le rechazamos su apelación por cuestiones de necesidad médica o porque el servicio en cuestión fue experimental o fue parte de una investigación, el aviso también le explicará cómo pedirle al Estado de Nueva York una “apelación externa” a nuestra decisión.

Las audiencias imparciales del estado

Si no decidimos sobre la apelación totalmente en su favor, puede solicitarle una Audiencia Imparcial de Medicaid al Estado de Nueva York dentro de 120 días a partir de la fecha en que le mandemos el aviso de nuestra decisión sobre su apelación.

Si su apelación estuvo relacionada con la restricción, reducción, suspensión o cancelación de servicios autorizados que está recibiendo actualmente y usted ha solicitado una Audiencia Imparcial, continuará recibiendo estos servicios mientras espera la decisión sobre la Audiencia Imparcial. Su solicitud para una Audiencia Imparcial debe hacerse en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que nos mandaron la decisión sobre la apelación para la fecha de entrada en vigor prevista de nuestra acción para restringir, reducir, suspender o cancelar sus servicios, lo que ocurra más tarde.

Sus beneficios continuarán hasta que usted retire su Audiencia Imparcial o el Oficial de la Audiencia Imparcial Estatal emita una decisión sobre la audiencia desfavorable para usted, lo que ocurra primero

Si el Oficial de la Audiencia Imparcial Estatal revierte nuestra decisión, tenemos que asegurarnos de que recibirá los servicios disputados rápidamente y tan pronto como lo requiera su padecimiento, a más tardar 72 horas a partir de la fecha en que el plan reciba la decisión de la Audiencia Imparcial. Si usted recibió los servicios disputados mientras estaba pendiente su apelación, nos haremos responsables del pago por los servicios cubiertos que ordenó el Oficial de la Audiencia Imparcial.

Aunque usted puede solicitar la continuación de los servicios mientras espera la decisión de su Audiencia Imparcial, si ésta no decide en su favor podría hacerse responsable del pago de los servicios que fueron objeto de la Audiencia Imparcial.

Puede solicitar la Audiencia Imparcial Estatal dirigiéndose a la Oficina de Ayuda Temporal y de Incapacidad:

- Formulario de solicitud en línea: <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
- Para que le envíen un formulario de solicitud impreso por correo:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

- Para recibir un formulario de solicitud impreso por fax: (518) 473-6735
- Solicitud telefónica:

Línea para la Audiencia Imparcial Estándar; 1 (800) 342-3334
Línea para la Audiencia Imparcial de Emergencia; 1 (800) 205-0110
Línea TTY: 711 (solicitud para que la operadora marque 1 (877) 502-6155)

- Solicitud en persona:

Ciudad de Nueva York
14 Boerum Place, 1^{er} piso
Brooklyn, New York 11201

Para más información sobre cómo solicitar una Audiencia Imparcial, visite:
<http://otda.ny.gov/hearings/request/>

Apelaciones estatales externas

Si le rechazamos su apelación porque determinamos que el servicio no es médicamente necesario o es experimental o parte de una investigación, usted puede solicitarle una apelación externa al Estado de Nueva York. La apelación externa es decidida por revisores que no trabajan con nosotros o el Estado de Nueva York. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el Estado de Nueva York. Usted no tiene que pagar por una apelación externa.

Cuando tomamos la decisión de rechazar una apelación por falta de necesidad médica o en base a que el servicio es experimental o parte de una investigación, le informaremos cómo presentar una apelación externa y le daremos un formulario en el que puede presentar la apelación externa junto con nuestra decisión de negársela. Si quiere una apelación externa, tiene que entregar el formulario al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York en un plazo de cuatro meses a partir de la fecha en que le rechazamos su apelación.

Su apelación externa será decidida en un plazo de 30 días. Puede ser que se necesite más tiempo (hasta 5 días hábiles) si el revisor de la apelación externa pide más información. El revisor le dirá a usted y a nosotros la decisión definitiva dentro de dos días hábiles después de que se tomó la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si su doctor puede decir que una demora dañaría gravemente su salud. A esta decisión se le llama apelación externa acelerada. El revisor de la apelación externa decidirá si se acelera en 3 días o menos y le informará a usted y a nosotros sobre la decisión cuanto antes por fax o telefónicamente. Más tarde, recibirá una carta notificándole la decisión.

Puede pedir una Audiencia Imparcial y una apelación externa. Si pide ambas cosas, la decisión del oficial de la Audiencia Imparcial será “la que cuenta”.

3. AUTORIZACIONES DE SERVICIO Y REQUISITOS DE ACCIÓN

Definiciones

Revisión de la autorización previa: revisión de una solicitud del Afiliado o del proveedor en nombre del Afiliado para la cobertura de un nuevo servicio (ya sea para un nuevo plazo de autorización o dentro de un plazo existente de autorización) o una solicitud para cambiar un servicio como ha sido determinado en el plan de cuidados para un nuevo plazo de autorización antes de que tal servicio le sea dado al Afiliado.

Revisión simultánea: revisión de una solicitud del Afiliado o del proveedor en nombre del Afiliado para servicios adicionales (es decir, más de lo mismo) que están autorizados actualmente en el plan de cuidados o para los servicios cubiertos del cuidado de la salud en casa cubiertos por Medicaid después de un ingreso como paciente internado.

Revisión acelerada: un Afiliado debe recibir una revisión acelerada de su Solicitud para Autorización del Servicio cuando el plan determina o un proveedor indica que una demora pondría en grave peligro la vida, salud o capacidad del Afiliado de lograr, mantener o recuperar su máxima actividad funcional. El Afiliado puede solicitar una revisión acelerada de una Autorización previa o Revisión Simultánea. Apelaciones de acciones resultantes de una Revisión Simultánea deben tramitarse como aceleradas.

Disposiciones generales

Toda Acción tomada por el Contratista concerniente a una necesidad médica o servicios experimentales que están bajo investigación debe hacerla un revisor por homólogos clínicos como queda definida por la Sección 4900(2)(a) de la Ley de Salud Pública (PHL).

Determinaciones Adversas que no sean aquellas concernientes a necesidad médica o servicios experimentales o bajo investigación deben hacerse por un profesional del cuidado de la salud autorizado, certificado o registrado cuando tal determinación se basa en una evaluación del estado de salud del Afiliado o la adecuación del nivel, la cantidad o entrega del método del cuidado. Este requisito aplica a determinaciones que rechazan reclamos porque los servicios en cuestión no son un beneficio cubierto cuando la cobertura depende de una evaluación del estado de salud del Afiliado y a Solicitudes de Autorización de Servicios que abarcan pero no se limitan a: servicios incluidos en el paquete de Beneficios y los servicios de fuera de la red.

El plan debe notificar a los miembros sobre la disponibilidad de la ayuda (para cuestiones lingüísticas, auditivas y del habla) si el miembro quiere presentar una apelación y cómo acceder a esa ayuda.

El Contratista deberá utilizar los modelos de avisos departamentales MLTC Determinación Adversa Inicial y 4687 MLTC Acción Tomada.

Plazos para la determinación y notificación de la autorización del servicio

1. Para solicitudes de Autorización Previa, el Contratista debe hacer una Determinación sobre la Autorización del Servicio y avisarle al Afiliado telefónicamente y por escrito sobre la determinación tan pronto como lo requiera el estado del Afiliado y no más de:
 - a. Aceleradas: setenta y dos (72) horas tras recibir la Solicitud para la Autorización del Servicio.
 - b. Estándar: catorce (14) días tras recibir la Solicitud para la Autorización del Servicio.

2. Para las Solicitudes de Revisión Simultánea, el Contratista tiene que hacer una Determinación sobre la Autorización del Servicio y avisarle al Afiliado telefónicamente y por escrito sobre la determinación tan pronto como lo requiera el estado del Afiliado y no más de:
 - a. Aceleradas: setenta y dos (72) horas tras recibir la Solicitud para la Autorización del Servicio.
 - b. Estándar: catorce (14) días tras recibir la Solicitud para la Autorización del Servicio.
 - c. En el caso de una solicitud para servicios del cuidado de la salud en casa cubiertos por Medicaid después de un ingreso como paciente internado, un (1) día hábil tras recibir la información necesaria; excepto cuando el día siguiente a la Solicitud para la Autorización del Servicio cae en un fin de semana, luego setenta y dos (72) horas tras recibir la información necesaria; pero en cualquier caso, no más de tres (3) días hábiles tras recibir la Solicitud para la Autorización del Servicio.
3. Prórroga de hasta 14 días calendario. El Afiliado o un proveedor pueden solicitar la prórroga en su nombre (por escrito o verbalmente). El plan también puede iniciar una prórroga si puede justificar una necesidad para más información y si la prórroga es en el interés del Afiliado. En todo caso, la razón de la prórroga debe estar bien documentada.
 - a. El Plan MLTC debe notificarle al Afiliado sobre una prórroga iniciada por el plan de la fecha límite para la revisión de su solicitud de servicio. El Plan MLTC debe explicar la razón de la demora y cómo la demora es en el mejor interés del Afiliado. El Plan MLTC debería solicitar toda información adicional requerida para ayudar a hacer o volver a hacer la determinación y ayudarle al Afiliado con listas de posibles fuentes de la información solicitada.
4. El Afiliado o proveedor pueden apelar la decisión – vea los procedimientos de apelación.
5. Si el plan rechazó la solicitud del Afiliado para una revisión acelerada, el plan la tramitará como revisión estándar.
 - a. El Contratista debe avisarle al Afiliado si su solicitud para la revisión acelerada ha sido rechazada y que la solicitud para el servicio Afiliado será revisada dentro del plazo estándar.

Otros plazos para los avisos de la Acción

1. Cuando el Contratista tiene previsto restringir, reducir, suspender o cancelar un servicio autorizado previamente dentro de un plazo de autorización, ya sea como el resultado de una Determinación de la Autorización del Servicio u otra Acción, debe avisarle por escrito al Afiliado por lo menos diez (10) días antes de la fecha de entrada en vigor de la Acción prevista, excepto cuando:

- a. el plazo del aviso anticipado se acorta a cinco (5) días en casos de fraude confirmado del Afiliado; o
- b. el Contratista puede enviar el aviso por correo a más tardar en la fecha de la Acción por lo siguiente:
 - i. el fallecimiento del Afiliado;
 - ii. una declaración escrita, firmada por el Afiliado solicitando la cancelación del servicio o proporcionado información que requiera la cancelación o reducción de los servicios (en la cual el Afiliado entiende que esto debe ser el resultado de proporcionar la información);
 - iii. el ingreso del Afiliado a una institución donde él no cumple con los requisitos para recibir más servicios;
 - iv. la dirección del Afiliado es desconocida y el correo dirigido a él es devuelto porque no se indica dirección de reenvío;
 - v. otra jurisdicción ha aceptado al Afiliado para servicios de Medicaid; o
 - vi. el médico del Afiliado receta un cambio en su nivel de atención médica.
- c. Para CBLTCS y ILTSS, cuando el Contratista tiene previsto reducir, suspender o cancelar un servicio autorizado previamente o emitir una autorización para un nuevo plazo de nivel o cantidad inferior al autorizado previamente, debe avisarle por escrito al Afiliado por lo menos diez (10) días antes de la fecha de entrada en vigor de la Acción prevista, sin importar la fecha de vencimiento del plazo original de autorización, excepto bajo las circunstancias descritas en 1(a)-(b).
 - i. Para CBLTCS y ILTSS, cuando el Contratista tiene previsto reducir, suspender o cancelar un servicio autorizado previamente o emitir una autorización para un nuevo plazo de nivel o cantidad inferior al autorizado previamente, el Contratista notificará la fecha de entrada en vigor de la Acción para que caiga en un día no hábil, a menos que el Contratista brinde cobertura telefónica "en vivo" las veinticuatro (24) horas de los siete (7) días de la semana para aceptar y responder a Quejas, Apelaciones a Quejas y Apelaciones a Acciones.
- d. El Contratista debe enviarle al Afiliado el aviso escrito por correo en la fecha de la Acción cuando ésta es una negación de pago total o parcial,
- e. Cuando el Contratista no llega a la determinación dentro de los plazos de Determinación de la Autorización del Servicio descritos en este Apéndice, se considera una Determinación Adversa y el Contratista debe avisarle al Afiliado sobre la Acción en la fecha en que expiran los plazos.

Contenido de los avisos sobre la acción

1. El Contratista debe utilizar el modelo del aviso MLTC Determinación Adversa Inicial para todas las acciones, excepto para aquellas basadas en un intento de restringir acceso a proveedores bajo el programa de restricción de beneficiarios.
2. Para acciones basadas en un intento de restringir acceso a proveedores bajo el programa de restricción de beneficiarios, el aviso sobre la acción deberá contener lo siguiente según corresponda:
 - a. la fecha en que comenzará la restricción;
 - b. el efecto y alcance de la restricción;
 - c. la razón por la restricción;
 - d. el derecho del beneficiario a una apelación;
 - e. instrucciones para solicitar una apelación, incluyendo el derecho de recibir continuación de ayuda si la solicitud es hecha antes de la fecha de entrada en vigor de la acción prevista o 10 días después del envío de los avisos, lo que ocurra más tarde;
 - f. el derecho del Contratista de designar a un proveedor primario para el beneficiario;
 - g. el derecho del beneficiario de seleccionar a un proveedor primario dentro de dos semanas a partir de la fecha del aviso de la intención de restringir, si el Contratista le da al beneficiario una selección limitada de proveedores primarios;
 - h. el derecho del beneficiario de solicitar un cambio a un proveedor primario cada tres meses o antes si hay causa fundada;
 - i. el derecho a reunirse con el Contratista para hablar sobre la razón en pro de la restricción prevista y su efecto;
 - j. el derecho del beneficiario de explicar y presentar documentación, ya sea en una reunión o entregándola, que muestre una necesidad médica de cualquier servicio citado como mal utilizado en el Paquete Informativo del Beneficiario;
 - k. el nombre y teléfono de la persona de contacto para organizar una reunión;
 - l. el hecho de que una reunión no suspenda la fecha de entrada en vigor que aparece en el aviso sobre la intención de restringir;
 - m. el hecho de que la reunión no tome el lugar ni reduzca el derecho del beneficiario de tener una audiencia imparcial;
 - n. el derecho del beneficiario de examinar el expediente de su caso; y
 - o. el derecho del beneficiario de examinar los expedientes archivados por el Contratista, que pueden identificar servicios MA pagados en nombre del beneficiario. A esta información generalmente se le conoce como “detalle del reclamo” o “perfil del beneficiario”.