

**ADDENDA À**

**RiverSpring at Home**

**MANUEL DES MEMBRES DU PROGRAMME DE SOINS À  
LONG TERME GÉRÉS**

**RÉCLAMATION TYPE ET JARGON D'APPEL**

Cet addendum remplace la section 11, Plaintes des membres et processus d'appel, dans le manuel des membres, en vigueur à partir du 1er mai 2018.

## **ADDENDA AU MANUEL DES MEMBRES RÉCLAMATION TYPE ET JARGON D'APPEL**

RiverSpring at Home fera de son mieux pour traiter vos préoccupations ou problèmes aussi rapidement que possible et à votre satisfaction. Vous pouvez utiliser notre processus de réclamation ou notre processus d'appel, selon le type de problème que vous rencontrez.

Il n'y aura aucun changement dans vos services ou la façon dont vous êtes traité(e) par le personnel de RiverSpring at Home ou un fournisseur de soins de santé parce que vous déposez une réclamation ou un appel. Nous maintiendrons votre confidentialité. Nous vous fournirons toute l'aide dont vous pourriez avoir besoin pour déposer une réclamation ou un appel. Cela inclut une assistance ou la prestation de services d'interprète si vous avez des problèmes de vision et/ou d'audition. Vous pouvez désigner quelqu'un (comme un parent, un ami ou un fournisseur) pour agir en votre nom.

Pour déposer une plainte ou faire appel d'une mesure du plan, veuillez appeler : 1-800-370-3600 (TTY : appeler 711) ou nous écrire à : RiverSpring Health Plans, Quality Assurance Department, 80 West 225<sup>th</sup> Street, Bronx, NY 10463. Lorsque vous nous contactez, vous devez nous fournir votre nom, adresse, numéro de téléphone et les détails du problème.

### ***Qu'est-ce qu'une réclamation ?***

Une réclamation est toute communication que vous nous adressez à propos d'une insatisfaction concernant des soins et traitements que vous recevez de notre personnel ou des fournisseurs de services couverts. Par exemple, si quelqu'un a été grossier envers vous ou que vous n'aimez pas la qualité de nos soins ou services, vous pouvez déposer une réclamation.

### ***Le processus de réclamation***

Vous pouvez déposer une réclamation oralement ou par écrit. La personne qui reçoit votre réclamation l'enregistrera, et le personnel du plan approprié supervisera l'examen de la réclamation. Nous vous enverrons une lettre accusant réception de votre réclamation et décrivant notre processus d'examen. Nous examinerons votre réclamation et vous répondrons par écrit. Notre délai de réponse variera selon le cas :

1. Si une réponse tardive présente un risque significatif pour votre santé, nous prendrons une décision dans les 48 heures suivant la réception des informations nécessaires, mais le processus sera terminé dans les 7 jours suivant la réception de la réclamation.
2. Pour tous les autres types de réclamations, nous vous aviserons de notre décision dans les 45 jours suivant la réception des informations

nécessaires, mais le processus doit être terminé dans les 60 jours suivant la réception de la réclamation.

Notre réponse décrira nos constats après avoir examiné votre réclamation et notre décision la concernant.

### ***Comment interjeter appel d'une décision relative à une réclamation ?***

Si vous n'êtes pas satisfait de la décision prise concernant votre réclamation, vous pouvez demander un deuxième examen de votre problème en déposant un appel. Vous devez faire appel d'une réclamation par écrit. Il doit être déposé dans les 60 jours ouvrables suivant la réception de notre décision initiale concernant votre réclamation. Dès réception de votre appel, nous vous enverrons un accusé de réception écrit vous indiquant le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la personne que nous avons désignée pour répondre à votre appel. Tous les appels de réclamations seront menés par des professionnels appropriés et non impliqués dans la décision initiale, y compris des professionnels de la santé pour des réclamations concernant des questions cliniques.

Pour les appels standards, nous prendrons la décision d'appel dans les 30 jours ouvrables suivant la réception de toutes les informations nécessaires à notre prise de décision. Si un retard dans la prise de décision présente un risque important pour votre santé, nous utiliserons le processus accéléré d'appel de réclamation. Pour les appels de réclamation accélérés, nous prendrons notre décision d'appel dans les 2 jours ouvrables suivant la réception des informations nécessaires. Pour les appels de réclamation standard et accélérés, nous vous aviserons par écrit de notre décision. L'avis inclura les raisons détaillées de notre décision et, dans les cas impliquant des questions cliniques, la justification clinique de notre décision.

### ***Qu'est-ce qu'une action ?***

Lorsque RiverSpring at Home refuse ou limite les services demandés par vous ou votre fournisseur ; refuse une demande de renvoi ; décide qu'un service demandé n'est pas un service couvert ; restreint, réduit, suspend ou met fin à des services que nous avons déjà autorisés ; refuse le paiement de services ; ne fournit pas de services opportuns ; ou ne répond pas à une réclamation ou un appel dans les délais requis, ces décisions concernent des « actions » dans le cadre du plan. Une action peut faire l'objet d'un appel. (Voir Comment interjeter appel d'une action ? ci-dessous pour plus d'informations.)

### ***Date d'avis d'action***

Si nous décidons de refuser ou de limiter les services que vous avez demandés ou de ne pas payer pour tout ou partie d'un service couvert, nous vous enverrons un avis vous informant de notre décision. Si nous proposons de restreindre, de réduire, de suspendre ou de résilier un service autorisé, notre lettre sera envoyée au moins 10 jours avant la date de modification du service prévue.

## ***Contenu de l'avis d'action***

Tout avis que nous vous enverrons au sujet d'une action :

- Expliquera l'action que nous avons prise ou que nous avons l'intention de prendre ;
- Citera les raisons de l'action, y compris la justification clinique, le cas échéant ;
- Décrira votre droit d'interjeter appel (y compris si vous pouvez également avoir un droit d'appel externe) ;
- Décrira comment déposer un appel interne et les circonstances dans lesquelles vous pouvez demander une accélération de l'examen de votre appel interne ;
- Décrira la disponibilité des critères de revue clinique utilisés pour prendre la décision, si l'action impliquait des problèmes médicaux ou si le traitement ou le service en question était expérimental ou à des fins de recherche ;
- Décrira les informations, le cas échéant, qui doivent être fournies par vous et/ou votre fournisseur afin que nous puissions prendre une décision en appel.

Si nous limitons, réduisons, suspendons ou mettons fin à un service autorisé, l'avis vous informera également de votre droit à ce que les services continuent pendant que nous décidons de votre appel ; comment demander que les services soient maintenus ; et les circonstances dans lesquelles vous pourriez avoir à payer pour des services s'ils sont maintenus pendant que l'examen de votre appel.

## ***Comment interjeter appel d'une action ?***

Si vous n'êtes pas d'accord avec une action que nous avons prise, vous pouvez interjeter appel. Lorsque vous interjetez appel, cela signifie que nous devons revoir la raison de notre action pour décider si nous avons raison. Vous pouvez interjeter appel d'une action liée au plan oralement ou par écrit. Lorsque le plan vous envoie une lettre au sujet d'une action (comme le refus ou la restriction de services ou le non-paiement pour des services), vous devez déposer votre demande d'appel dans les 60 jours suivant la date de notre lettre vous informant de l'action.

## ***Comment contacter mon plan pour interjeter appel ?***

Vous pouvez nous appeler au 1-800-370-3600 (TTY : appeler le 711) ou en envoyant un courrier à RiverSpring Health Plans, Quality Assurance Department, 80 West 225<sup>th</sup> Street, Bronx, NY 10463. La personne qui reçoit votre appel l'enregistrera, et le personnel approprié supervisera l'examen de l'appel. Nous vous enverrons une lettre accusant réception de votre appel, et inclurons une copie de votre dossier qui comprend les dossiers médicaux et autres documents utilisés pour prendre la décision initiale. Votre appel sera examiné par un personnel clinique compétent qui n'a pas pris part à la décision initiale du plan ou à l'action pour laquelle vous interjetez appel.

***Pour certaines actions, vous pouvez demander à ce que le service se poursuive pendant le processus d'appel***

Si vous interjetez appel d'une restriction, d'une réduction, d'une suspension ou d'une résiliation des services que vous êtes actuellement autorisé(e) à recevoir, vous pouvez demander à continuer de bénéficier de ces services pendant que votre appel est en cours d'examen. Nous devons continuer à vous fournir le service si vous faites votre demande au plus tard 10 jours après la date de l'avis concernant la restriction, la réduction, la suspension ou la résiliation des services ou la date prévue d'entrée en vigueur de l'action proposée, selon la dernière éventualité.

Vos services se poursuivront jusqu'à ce que vous retiriez l'appel, ou jusqu'à 10 jours après l'envoi de votre avis d'appel, si notre décision n'est pas en votre faveur, à moins que vous n'ayez demandé une audience équitable Medicaid de l'État de New York avec poursuite des services. (Voir la section Audience équitable ci-dessous.)

Bien que vous puissiez demander le maintien des services pendant que votre appel est en cours d'examen, si l'appel n'est pas décidé en votre faveur, nous pouvons vous demander de payer pour ces services s'ils ont été fournis uniquement parce que vous avez demandé de continuer à les recevoir pendant que votre cas était en cours d'examen.

***Combien de temps faudra-t-il au plan pour décider de mon appel d'action ?***

À moins que vous ne demandiez un examen accéléré, nous examinerons votre appel des actions que nous avons prises en tant qu'appel standard et vous enverrons une décision écrite aussi rapidement que votre état de santé le requiert, mais au plus tard 30 jours après réception d'un appel. (La période d'examen peut être prolongée jusqu'à 14 jours si vous demandez une prolongation ou si nous avons besoin de plus d'informations et que le retard est dans votre intérêt.) Pendant notre examen, vous aurez une chance de présenter votre cas en personne et par écrit. Vous aurez également la chance d'examiner vos dossiers dans le cadre de l'examen de l'appel.

Nous vous enverrons un avis concernant notre décision au sujet de votre appel qui indiquera la décision que nous avons prise et la date à laquelle nous sommes parvenus à cette décision.

Si nous annulons notre décision de refuser ou de limiter les services demandés, ou de restreindre, réduire, suspendre ou résilier des services, et que les services n'ont pas été fournis pendant que votre appel était en attente, nous vous fournirons les services contestés aussi rapidement que votre état de santé le requiert. Dans certains cas, vous pouvez demander un appel « accéléré ». (Voir la section Processus d'appel accéléré ci-dessous.)

### ***Processus d'appel accéléré***

Si vous ou votre fournisseur estimez qu'un appel standard prendrait du temps qui pourrait causer un sérieux problème de santé ou mettre votre vie en danger, vous pouvez demander un examen accéléré de votre appel d'action. Nous vous répondrons avec notre décision dans les 72 heures. En aucun cas notre délai de décision ne dépassera 72 heures après réception de votre appel. (La période d'examen peut être prolongée jusqu'à 14 jours si vous demandez une prolongation ou si nous avons besoin de plus d'informations et que le retard est dans votre intérêt.)

Si votre demande d'accélérer votre appel n'est pas acceptée, nous ferons de notre mieux pour vous contacter en personne afin de vous informer que nous avons rejeté votre demande d'appel accéléré et que nous l'examinerons comme un appel standard. En outre, nous vous enverrons un avis écrit du refus de votre demande d'appel accéléré dans les 2 jours suivant la réception de votre demande.

### ***Si le plan refuse mon appel, que puis-je faire ?***

Si notre décision concernant votre appel n'est pas totalement en votre faveur, l'avis que vous recevrez vous expliquera votre droit de demander une audience équitable Medicaid de l'État de New York et comment obtenir une audience équitable, qui peut comparaître à l'audience en votre nom, et pour certains appels, votre droit de demander des services pendant que l'audience est en cours et comment faire la demande.

**Remarque : Vous devez demander une audience équitable dans les 120 jours civils suivant la date figurant sur l'avis final de décision défavorable.**

Si nous rejetons votre appel en raison de problèmes de nécessité médicale ou parce que le service en question était expérimental ou destiné à la recherche, l'avis expliquera également comment demander à l'État de New York un « appel externe » de notre décision.

### ***Audiences équitables de l'État***

Si nous n'avons pas décidé l'appel totalement en votre faveur, vous pouvez demander une audience équitable Medicaid de l'État de New York dans les 120 jours suivant la date d'envoi de l'avis de notre décision concernant votre appel.

Si votre appel portait sur la restriction, la réduction, la suspension ou la résiliation de services autorisés que vous recevez actuellement et que vous avez demandé une audience équitable, vous continuerez à bénéficier de ces services pendant que vous attendez la décision d'audience équitable. Votre demande d'audience équitable doit être faite dans les 10 jours de la date d'envoi de la décision d'appel ou de la date prévue d'entrée en vigueur de notre action pour restreindre, réduire, suspendre ou résilier vos services, selon la dernière éventualité.

Vos avantages continueront jusqu'à ce que vous retiriez l'audience équitable ; ou l'officier d'audience de l'État prend une décision d'audience qui n'est pas en votre faveur, selon la première éventualité.

Si l'officier d'audience de l'État annule notre décision, nous devons nous assurer que vous recevez les services contestés rapidement, et dès que votre état de santé exige, mais au plus tard 72 heures après la date de réception de la décision d'audience équitable. Si vous avez reçu les services contestés pendant que votre appel était en attente, nous serons responsables du paiement des services couverts commandés par l'officier d'audience équitable.

Bien que vous puissiez demander le maintien des services pendant que vous attendez votre décision d'audience équitable, si votre audience équitable n'est pas décidée en votre faveur, vous pourriez être tenu(e) de payer pour les services qui ont fait l'objet de l'audience équitable.

Vous pouvez demander une audience équitable de l'État en contactant le Office of Temporary and Disability Assistance :

- Formulaire de demande en ligne : <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
- Envoi d'un formulaire de demande imprimable par courrier :

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

- Envoi d'un formulaire de demande imprimable par télécopie : (518) 473-6735
- Demande par téléphone :

Ligne d'audience équitable standard – 1 (800) 342-3334  
Ligne d'audience équitable d'urgence – 1 (800) 205-0110  
Ligne TTY – 711 (demander à l'opérateur d'appeler le 1 (877) 502-6155)

- Demande en personne :

**New York City (Office of Temporary and Disability Assistance)**  
14 Boerum Place, 1st Floor  
Brooklyn, New York 11201

Pour plus d'informations concernant la demande d'une audience équitable, veuillez visiter : <http://otda.ny.gov/hearings/request/>

### *Appels externes de l'État*

Si nous refusons votre appel parce que nous déterminons que le service n'est pas nécessaire du point de vue médical ou qu'il est expérimental ou destiné à la recherche, vous pouvez demander un appel externe auprès de l'État de New York. L'appel externe est décidé par des examinateurs qui ne travaillent pas pour nous ou l'État de New York. Ces examinateurs sont des personnes qualifiées approuvées par l'État de New York. Vous n'avez pas à payer pour un appel externe.

Lorsque nous décidons de rejeter un appel pour absence de nécessité médicale ou parce que le service est expérimental ou destiné à la recherche, nous vous fournirons des informations concernant le dépôt d'un appel externe, y compris un formulaire à utiliser pour déposer l'appel externe de notre décision de refuser un appel. Si vous souhaitez faire un appel externe, vous devez déposer le formulaire auprès du Département des services financiers de l'État de New York dans les quatre mois suivant la date de rejet de votre appel.

Votre appel externe sera décidé dans les 30 jours. Un délai supplémentaire (jusqu'à 5 jours ouvrables) peut être nécessaire si l'examineur d'appel externe demande plus d'informations. L'examineur vous et nous fera part de la décision finale dans les deux jours ouvrables après la prise de décision.

Vous pouvez obtenir une décision plus rapide si votre médecin peut confirmer qu'un retard causera un préjudice grave à votre santé. C'est ce qu'on appelle un appel externe accéléré. L'examineur d'appel externe décidera d'un appel accéléré dans un délai de trois jours ou moins. L'examineur vous et nous fera part de la décision immédiatement par téléphone ou par télécopie. Plus tard, une lettre vous sera envoyée pour vous informer de la décision.

Vous pouvez demander à la fois une audience équitable et un appel externe. Si vous demandez une audience équitable et un appel externe, la décision de l'officier d'audience équitable sera « celle qui compte ».

### **3. AUTORISATIONS DE SERVICE ET EXIGENCES D'ACTION**

#### **Définitions :**

Examen d'autorisation préalable : examen d'une demande du participant, ou d'un fournisseur pour le compte de celui-ci, concernant la couverture d'un nouveau service (pour une nouvelle période d'autorisation ou dans une période d'autorisation existante) ou d'une demande de modification du service de soins pour une nouvelle période d'autorisation, avant que ce service ne soit fourni au participant.

Examen simultané : examen d'une demande d'un participant, ou d'un fournisseur au nom de celui-ci, pour des services supplémentaires (plus ou moins identiques) actuellement autorisés dans le plan de soins ou pour les services de soins médicaux à domicile Medicaid après hospitalisation.



Examen accéléré : Un participant doit recevoir un examen accéléré de sa demande d'autorisation de service lorsque le plan détermine ou un fournisseur indique qu'un retard compromettrait sérieusement la vie, l'état de santé ou la capacité du participant d'atteindre, de maintenir ou de retrouver une fonction maximale. Le participant peut demander un examen accéléré d'une autorisation préalable ou d'un examen simultané. Les appels d'actions résultant d'un examen simultané doivent être traités comme accélérés.

### **Dispositions générales**

Toute action prise par le contractant concernant la nécessité médicale ou les services expérimentaux ou de recherche doit être faite par un examinateur clinique, tel que défini par PHL §4900(2)(a).

Les décisions défavorables, autres que celles concernant la nécessité médicale ou les services expérimentaux ou de recherche, doivent être prises par un professionnel de santé autorisé, certifié ou enregistré lorsque cette décision est fondée sur une évaluation de l'état de santé du participant ou de la pertinence du niveau, de la quantité ou du mode de livraison des soins. Cette exigence s'applique aux décisions refusant les demandes parce que les services en question ne sont pas des prestations garanties lorsque la couverture dépend d'une évaluation de l'état de santé du participant et des demandes d'autorisation de service, notamment : services inclus dans le pack de prestations, renvois et services hors réseau.

Le plan doit informer les membres de la disponibilité de l'aide (pour la langue, l'audition, les problèmes d'élocution) si le membre veut faire appel et comment accéder à cette aide.

Le contractant doit utiliser le modèle d'avis de décision défavorable initial MLTC (Managed Long Term Care, ou Soins à long terme gérés) et d'avis d'action prise MLTC 4687.

### **Délais de décision d'autorisation de service et notification**

1. Pour les demandes d'autorisation préalable, le contractant doit établir une décision d'autorisation de service et en aviser l'administrateur par téléphone et par écrit aussi rapidement que l'exige l'état du participant et au plus tard :
  - a. Accéléré : Soixante-douze (72) heures après réception de la demande d'autorisation de service
  - b. Standard : Quatorze (14) jours après réception de la demande d'autorisation de service.
2. Pour les demandes d'examen simultané, le contractant doit établir une décision d'autorisation de service et en aviser le participant par téléphone et par écrit aussi rapidement que l'exige l'état du participant et au plus tard :

- a. Accéléré : Soixante-douze (72) heures après réception de la demande d'autorisation de service
  - b. Standard : Quatorze (14) jours après réception de la demande d'autorisation de service
  - c. Dans le cas d'une demande de services de soins à domicile couverts par Medicaid après une hospitalisation, un (1) jour ouvrable après la réception des informations nécessaires ; sauf si le jour suivant la demande d'autorisation de service coïncide avec un week-end ou un jour férié, alors soixante-douze (72) heures après la réception des informations nécessaires ; mais dans tous les cas, au plus tard trois (3) jours ouvrables après la réception de la demande d'autorisation de service.
3. Extension de jusqu'à 14 jours civils. Une extension peut être demandée par le participant ou un fournisseur au nom de celui-ci (écrite ou verbale). Le plan peut également initier une extension si cela peut justifier le besoin d'informations supplémentaires et si l'extension est dans l'intérêt du participant. Dans tous les cas, la raison de l'extension doit être bien documentée.
- a. Le plan MLTC doit notifier le participant inscrit d'une prolongation de la date limite d'examen de sa demande de service initiée par le plan. Le plan MLTC doit expliquer la raison du retard et comment le retard est dans le meilleur intérêt de du participant. Le plan MLTC devrait demander toute information supplémentaire nécessaire pour aider à prendre une décision ou une nouvelle décision, et aider le participant en répertoriant les sources potentielles des informations demandées.
4. Le participant ou le fournisseur peut faire appel de la décision – voir Procédures d'appel.
5. Si le plan refuse la demande du participant pour un examen accéléré, le plan le traitera comme un examen standard.
- a. Le contractant doit notifier le participant si sa demande d'examen accéléré est refusée et que la demande de service du participant sera examinée dans les délais habituels.

#### **Autres échéanciers pour les avis d'action**

1. Lorsque le contractant a l'intention de restreindre, de réduire, de suspendre ou de résilier un service déjà autorisé pendant une période d'autorisation, que ce soit à la suite d'une décision d'autorisation de service ou d'une autre action, il doit en aviser le participant au moins dix (10) jours avant la date d'entrée en vigueur de l'action envisagée, sauf lorsque :
  - a. la période de préavis est réduite à cinq (5) jours en cas de fraude confirmée par le participant ; ou
  - b. le contractant peut envoyer un avis par courrier au plus tard à la date de l'action pour ce qui suit :

- i. le décès du participant ;
  - ii. une déclaration écrite signée du participant demandant la résiliation du service ou donnant des informations exigeant la résiliation ou la réduction des services (lorsque le participant comprend que cela doit être le résultat de la fourniture des informations) ;
  - iii. l'admission du participant dans un établissement où le participant n'est pas admissible à d'autres services ;
  - iv. l'adresse du participant est inconnue et le courrier adressé au participant est retourné indiquant qu'il n'y a pas d'adresse de réexpédition ;
  - v. le participant a été accepté pour les services de Medicaid par une autre juridiction ; ou
  - vi. le médecin du participant prescrit un changement dans le niveau des soins médicaux.
- c. Pour le CBLTCS et le ILTSS, lorsque le contractant a l'intention de réduire, de suspendre ou de résilier un service déjà autorisé, ou de délivrer une autorisation pour une nouvelle période dont le niveau ou le montant est inférieur à celui précédemment autorisé, il doit en aviser le participant au moins dix (10) jours avant la date d'entrée en vigueur de l'action envisagée, indépendamment de la date d'expiration de la période d'autorisation initiale, sauf dans les circonstances décrites aux alinéas 1(a)-(b).
- i. Pour le CBLTCS et le ILTSS, lorsque le contractant a l'intention de réduire, de suspendre ou de résilier un service précédemment autorisé, ou de délivrer une autorisation pour une nouvelle période dont le niveau ou le montant est inférieur à celui précédemment autorisé, le contractant ne fixera pas la date d'entrée en vigueur de l'action envisagée à un jour non ouvrable, à moins que le contractant ne fournisse une couverture téléphonique « en direct » disponible vingt-quatre (24) heures, sept (7) jours par semaine pour accepter et répondre aux réclamations, aux appels de réclamations et aux appels d'action
- d. Le contractant doit envoyer un avis écrit au participant à la date de l'action lorsque l'action est un refus de paiement, en tout ou en partie,
- e. Lorsque l'entrepreneur ne parvient pas à une décision dans les délais de décision de l'autorisation de service décrits dans la présente annexe, cela est considéré comme une décision défavorable et le contractant doit envoyer un avis d'action au participant à la date d'expiration des délais.

### **Contenu des avis d'action**

1. Le contractant doit utiliser l'avis de décision défavorable initial MLTC type pour toutes les actions, à l'exception des actions fondées sur l'intention de restreindre l'accès aux fournisseurs dans le cadre du programme de restriction des bénéficiaires.
2. Pour les actions fondées sur l'intention de restreindre l'accès aux fournisseurs dans le cadre du programme de restriction des bénéficiaires, l'avis d'action doit contenir les éléments suivants, le cas échéant :

- a. la date de début de la restriction ;
- b. l'effet et le champ d'application de la restriction ;
- c. la raison de la restriction ;
- d. le droit du bénéficiaire à faire appel ;
- e. des instructions pour demander un appel, y compris le droit de recevoir une aide, si la demande est faite avant la date d'entrée en vigueur de l'action envisagée, ou 10 jours après l'envoi de l'avis, selon la dernière éventualité ;
- f. le droit du contractant de désigner un fournisseur principal pour le bénéficiaire ;
- g. le droit du destinataire de choisir un fournisseur principal dans les deux semaines suivant la date de l'avis d'intention de restriction, si le contractant offre au bénéficiaire un choix limité de fournisseurs principaux ;
- h. le droit du bénéficiaire de demander un changement de fournisseur principal tous les trois mois, ou plus tôt pour de bonnes raisons ;
- i. le droit à une conférence avec le contractant pour discuter de la raison et de l'effet de la restriction envisagée ;
- j. le droit du bénéficiaire d'expliquer et de présenter des documents, soit lors d'une conférence, soit lors d'une soumission, montrant la nécessité médicale de tout service cité comme abusé dans le paquet d'informations sur le bénéficiaire ;
- k. le nom et le numéro de téléphone de la personne à contacter pour organiser une conférence ;
- l. le fait qu'une conférence ne suspende pas la date d'entrée en vigueur indiquée sur l'avis d'intention de restriction ;
- m. le fait que la conférence ne remplace pas ou n'entrave pas le droit du bénéficiaire à une audience équitable ;
- n. le droit du bénéficiaire d'examiner son dossier de cas ; et
- o. le droit du bénéficiaire d'examiner les dossiers tenus par le contractant, qui peuvent identifier les services d'aide médicale payés pour le compte du bénéficiaire. Ces informations sont généralement appelées informations sur le « détail de la réclamation » ou « profil du bénéficiaire ».