

추가 사항

# RiverSpring at Home

관리되는 장기 케어 프로그램 회원 핸드북

모델 불만 및 이의 신청에 대한 부록

이 부록은 회원 핸드북의 회원 불평 및 이의 신청 절차 섹션 11을  
대체하며 2018년 5월 1일부터 효력이 발생합니다.

## 회원 핸드북 모델 불만 및 이의 신청에 대한 부록

RiverSpring at Home 은 귀하의 우려 사항이나 이슈를 최대한 빨리 처리하고 귀하의 만족을 위해 최선을 다할 것입니다. 어떤 종류의 문제인지에 따라 불만 처리 절차 또는 이의 신청 절차를 사용할 수 있습니다.

귀하가 불만이나 이의를 제기한다고 해서 귀하가 받는 서비스나 RiverSpring at Home 직원이나 의료인이 귀하를 대하는 방식에는 변함이 없을 것입니다. 저희는 귀하의 개인 정보를 보호할 것입니다. 저희는 귀하가 불만이나 이의를 제기하는 데 필요할 수도 있는 도움을 드릴 것입니다. 여기에는 시력 및/또는 청력에 문제가 있는 경우 통역 서비스나 도움 제공이 포함됩니다. 귀하를 대신할 누군가(예를 들어, 친척이나 친구 또는 공급자)를 선택할 수도 있습니다.

불만을 접수하거나 플랜 조치에 이의를 제기하려면, 다음으로 전화하십시오: 1-800-370-3600(TTY: 전화 711) 또는 다음 주소로 우편을 보내십시오: RiverSpring Health Plans, Quality Assurance Department, 80 West 225<sup>th</sup> Street, Bronx, NY 10463. 연락 시, 귀하의 이름, 주소, 전화 번호 및 문제에 대한 상세 내용을 제공해야 합니다.

### **불만이란 무엇인가요?**

불만이란 저희 직원 또는 보장된 서비스 공급자로부터 귀하가 받은 간호 및 치료에 관한 불만족을 귀하가 저희에게 전달하는 일체의 의사 소통입니다. 예를 들어, 누군가가 귀하에게 무례하거나 귀하가 저희로부터 받은 치료 또는 서비스의 질을 좋아하지 않는다면, 귀하는 저희에게 불만을 제기할 수 있습니다.

### **불만 처리 절차**

귀하는 저희에게 구두 또는 서면으로 불만을 제기할 수 있습니다. 귀하의 불만 사항을 접수한 사람은 이를 기록할 것이며, 적절한 플랜 담당자가 불만 사항에 대한 검토를 감독할 것입니다. 귀하의 불만 사항과 저희 검토 절차에 대한 설명을 받았음을 알리는 서한을 귀하께 보내드립니다. 저희는 귀하의 불만 사항을 검토하고 두 가지 기간 중 하나 이내에 서면 답변을 드릴 것입니다.

1. 지체로 인한 건강상의 위험이 크게 증가할 경우, 필요한 정보를 수령한 후 48 시간 이내에 결정을 내리겠지만, 절차는 불만 접수 후 7 일 이내에 완료될 것입니다.
2. 다른 모든 유형의 불만 사항에 대해서는, 필요한 정보를 수령한 날로부터 45 일 이내에 결정을 통지하되, 절차는 불만 접수 후 60 일 이내에 완료되어야 합니다.

저희 답변에서는 귀하의 불만을 검토 시 발견한 사항과 불만에 대한 저희의 결정을 기술할 것입니다.

## **불만 사항 결정에 내가 어떻게 이의 신청하나요?**

불만 사항에 대한 당사의 결정에 귀하가 만족하지 못하면 이의 신청을 통해 문제에 대한 이차 검토를 요청할 수 있습니다. 반드시 서면으로 이의 신청을 해야 합니다. 귀하의 불만 사항에 대한 당사의 초기 결정을 수령한 날로부터 60 일 영업일 이내에 접수해야 합니다. 이의 신청이 접수되면 귀하의 이의 신청에 응답하도록 지정된 개인의 이름, 주소 및 전화 번호를 알려주는 서면 확인서를 귀하께 보내드립니다. 모든 불만 이의는 초기 결정에 관여하지 않았으며 임상 문제와 관련된 불만 사항에 대한 의료 전문가를 포함한 적절한 전문가가 담당합니다.

표준 이의 신청의 경우, 결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 받은 후 영업일 기준 30 일 이내에 이의 신청에 대한 결정을 내릴 것입니다. 저희의 결정 지체가 귀하의 건강에 대한 위험을 유의하게 증가시킬 경우, 저희는 신속 불만 이의 신청 절차를 사용하게 됩니다. 신속 불만 이의 신청을 위해 필요한 정보가 접수된 후 영업일 기준 2 일 이내에 이의 신청에 대한 결정을 내릴 것입니다. 표준 및 신속 불만 이의 신청 두 경우 모두, 저희는 결정에 대한 서면 통지서를 귀하에게 제공할 것입니다. 통지서에는 결정에 대한 자세한 이유 및 임상 문제와 관련된 경우 결정에 대한 임상적 근거가 포함될 것입니다.

## **조치란 무엇인가요?**

RiverSpring at Home 이 귀하 또는 귀하의 공급자가 요청한 서비스를 거부하거나 제한하는 경우; 추천 요청을 거부하는 경우; 요청한 서비스가 보장되는 혜택 대상이 아니라고 결정하는 경우; 이미 승인된 서비스를 제한, 축소, 일시 중지 또는 종료하는 경우; 서비스에 대한 지불을 거부하는 경우; 적시에 서비스를 제공하지 않는 경우; 또는 요구된 시간 내에 불만 사항 또는 이의 신청에 대한 결정을 내리지 않는 경우, 이를 플랜 "조치"로 간주합니다. 조치는 이의 신청의 대상이 됩니다. (자세한 내용은 아래 '조치에 대한 이의 신청을 어떻게 접수하나요?'를 참조하십시오.)

## **조치 통지 시기**

귀하가 요청한 서비스를 거부하거나 제한하기로 결정하거나 보장된 서비스의 전부 또는 일부에 대해 비용을 지불하지 않기로 결정한 경우, 결정을 내릴 때 통지서를 보내드립니다. 저희가 승인된 서비스를 제한, 축소, 일시 중지 또는 종료할 것을 제안하는 경우, 서비스를 변경하기 최소 10 일 전에 서신이 발송됩니다.

## **조치 통지 내용**

저희가 조치에 대해 귀하에게 보내는 통지는 다음과 같습니다:

- 저희가 취했거나 취하려고 하는 조치에 대한 설명;
- 임상 근거가 있는 경우 그 근거를 포함한 조치의 사유 제시;

- 저희에게 이의 신청을 할 수 있는 권리 설명(국가 수준의 외부 이의 신청 절차에 대한 권리가 있는지 여부 포함);
- 내부 이의 신청 접수 방법 및 내부 이의 신청에 대한 검토를 저희가 빠르게(신속하게) 진행하도록 요청할 수 있는 상황 설명;
- 조치가 의학적 필요성의 문제와 관련되어 있거나 문제의 치료 또는 서비스가 실험적이거나 임상시험 중인 경우, 결정을 내릴 때 임상 검토 기준의 유용성 설명;
- 이의 신청에 대한 결정을 내리기 위해 귀하 및/또는 귀하의 공급자가 제공해야 하는 정보 설명.

승인된 서비스를 제한, 축소, 일시 중지 또는 종료하는 경우, 통지서에서는 귀하의 이의 신청에 대해 결정하는 동안 서비스를 계속받을 권리; 서비스가 계속되도록 신청하는 방법; 및 귀하의 이의 신청을 저희가 검토하는 동안 서비스가 계속 제공된다면 귀하가 서비스 비용을 지불해야 할 상황에 관해 알려드릴 것입니다.

### **조치에 대한 이의 신청은 어떻게 접수해야 하나요?**

저희가 취한 조치에 귀하가 동의하지 않는 경우, 이의 신청을 할 수 있습니다. 귀하가 이의 신청을 접수하면, 저희는 조치의 사유를 다시 살펴보고 올바른 조치였는지 결정해야 함을 의미합니다. 구두로 또는 서면으로 조치에 대한 이의 신청을 접수할 수 있습니다. 플랜에서 (서비스를 거부 또는 제한하거나 서비스 비용을 지불하지 않는 것과 같은) 조치에 대한 서신을 보내면, 귀하에게 조치를 통지한 서신 상 날짜로부터 60 일 이내에 이의 신청을 접수해야 합니다.

### **이의 신청을 하려면 내 플랜에 어떻게 연락해야 하나요?**

1-800-370-3600(TTY: 전화 711)으로 전화하거나 RiverSpring Health Plans, Quality Assurance Department, 80 West 225<sup>th</sup> Street, Bronx, NY 10463 으로 우편을 보내 연락할 수 있습니다. 귀하의 이의 신청을 접수한 사람은 이를 기록할 것이며, 적절한 담당자가 이의 사항에 대한 검토를 감독할 것입니다. 귀하의 이의 신청을 저희가 접수했다는 내용의 서신을 보내드리고, 의료 기록 및 최초 결정에 사용된 기타 서류가 포함된 사례 파일 사본을 첨부할 것입니다. 귀하의 이의 신청은 플랜의 초기 결정이나 귀하가 이의를 제기하는 조치에 관여하지 않았던, 지식이 풍부한 임상 직원에 의해 검토될 것입니다.

### **이의 신청 과정 중 귀하가 서비스를 계속하여 요청할 수 있는 일부 조치의 경우**

귀하가 현재 이용하도록 승인된 서비스의 제한, 축소, 일시 중지 또는 종료에 대해 이의 신청하는 경우, 이의 사항이 결정되는 동안 귀하는 이러한 서비스를 계속 받도록 요청할 수 있습니다. 서비스의 제한, 축소, 일시 중지 또는 종료에 대해 통지한 날 또는 제안된 조치의 예정 효력 발생일 중 이후 시점으로부터 10 일 이내에 귀하가 요청할 경우 저희는 서비스를 계속해야 합니다.

귀하가 이의 신청을 철회할 때까지, 또는 저희 결정이 귀하에게 유리하지 않은 경우, 귀하가 New York State Medicaid Fair Hearing 에 서비스 지속을 요청하지 않는 한, 저희의 이의 신청 결정에 대한 통지를 우편으로 통지한 후

10 일까지, 귀하의 서비스는 계속될 것입니다. (아래의 Fair Hearing 항을 참조하십시오.)

이의 신청이 검토되는 동안 귀하가 서비스 지속을 요청할 수는 있지만, 이의 신청이 귀하에게 유리하게 결정되지 않는 경우, 귀하의 사례가 검토되는 동안 귀하가 서비스를 계속 받을 것을 요청했기 때문에 귀하가 이 서비스에 대한 비용을 지불하도록 저희가 요구할 수 있습니다.

### **조치에 대한 나의 이의 신청을 플랜에서 결정하는 데 얼마나 오래 걸리나요?**

신속한 검토를 요청하지 않는 한, 저희는 조치에 대한 이의 신청을 표준 이의 신청으로 검토하고 건강 상태에 따라 필요한 대로 신속하게 서면 결정을 보내드리며, 이의 신청을 접수한 날로부터 30 일 이내가 될 것입니다. (연장 신청을 요청하거나 추가 정보가 필요하고 지연이 귀하의 이익에 부합하는 경우 검토 기간은 최대 14 일까지 연장될 수 있습니다.) 검토하는 동안 귀하는 직접 또는 서면으로 귀하의 사례를 발표할 기회가 주어집니다. 또한 이의 신청 검토의 일부인 귀하의 기록을 볼 기회를 갖게 될 것입니다.

귀하의 이의 신청에 대한 결정에 대한 통지서를 보내드리며, 여기에서 저희가 내린 결정과 이 결정에 도달한 날짜를 알려드릴 것입니다.

귀하의 이의 신청이 계류 중인 동안 요청한 서비스를 거부 또는 제한하거나, 서비스를 제한, 축소, 일시 중지 또는 종료하려는 결정을 저희가 취소하는 경우, 귀하의 건강 상태에 따라 필요한 대로 신속하게 분쟁 중인 서비스를 제공할 것입니다. 어떤 경우에는 "신속" 이의 신청을 요청할 수 있습니다. (아래의 신속 이의 신청 절차 항을 참조하십시오.)

### **신속 이의 신청 절차**

귀하 또는 귀하의 공급자가 표준 이의 신청에 걸리는 시간이 귀하의 건강 또는 삶에 중대한 문제를 초래할 수 있다고 생각하는 경우, 귀하는 귀하의 이의 신청에 대한 신속 검토를 요청할 수 있습니다. 저희는 72 시간 이내에 귀하에게 저희 결정을 알려드릴 것입니다. 어떠한 경우에도 귀하의 이의 신청을 접수한 후 72 시간을 경과하여 결정을 내리지 않을 것입니다. (연장 신청을 요청하거나 추가 정보가 필요하고 지연이 귀하의 이익에 부합하는 경우 검토 기간은 최대 14 일까지 연장될 수 있습니다.)

이의 신청을 신속하게 처리해 달라는 귀하의 요청에 동의하지 않을 경우, 신속한 이의 처리 요청을 거부했으며 이를 표준 이의로 처리할 것임을 귀하에게 알려드리기 위해 최선의 노력을 다해 직접 연락할 것입니다. 또한 귀하의 요청을 받은 날로부터 2 일 이내에 신속 이의 신청을 거부하는 결정에 대한 서면 통지서를 보내드립니다.

### **플랜이 내 이의 신청을 거부하면 나는 어떻게 해야 하나요?**

귀하의 이의 신청에 대한 당사의 결정이 전적으로 귀하에게 유리하지 않은 경우, 귀하가 받는 통지서는 귀하가 뉴욕 주에 Medicaid Fair Hearing 을 요청할 권리와

Fair Hearing 을 얻는 방법, 귀하를 대신하여 누가 Fair Hearing 에 나갈 수 있는지, 그리고 일부 이의 신청의 경우, Hearing 이 계류 중인 동안 서비스를 받을 수 있도록 요청하는 귀하의 권리 및 요청 방법에 대해 설명할 것입니다.

**참고: 최종 불리한 결정 통지일로부터 달력일 기준 120 일 이내에 Fair Hearing 을 요청해야 합니다.**

의학적 필요성에 대한 이슈로 인해 또는 문제의 서비스가 실험적이거나 임상시험 중이기 때문에 이의를 거부한 경우, 통지서에는 뉴욕 주에 저희 결정에 대한 "외부 이의 신청"을 요청하는 방법도 설명할 것입니다.

### **주 Fair Hearings**

이의 신청에 대한 당사의 결정이 전적으로 귀하에게 유리하지 않은 경우, 저희가 귀하에게 이의 결정에 대한 통지서를 보낸 날짜로부터 120 일 이내에 귀하는 뉴욕 주에 Medicaid Fair Hearing 를 요청할 수 있습니다.

귀하의 이의 신청이 귀하가 현재 받고 있는 승인된 서비스의 제한, 축소, 일시 중지 또는 종료와 관련되고 Fair Hearing 을 요청한 경우, 귀하는 Fair Hearing 결정을 기다리는 동안 이 서비스를 계속 받게 됩니다. Fair Hearing 요청은 이의 신청에 대한 결정이 당사에 의해 송부된 날짜로부터 10 일 이내에 또는 귀하의 서비스를 제한, 축소, 일시 중지 또는 종료하기 위한 당사의 조치가 취해지는 예정 발효일 중 더 이후 날짜까지 이루어져야 합니다.

귀하의 혜택은 Fair Hearing 을 철회할 때까지 또는 State Fair Hearing Officer 가 귀하에게 유리하지 않은 심리 결정을 내릴 때까지 중 먼저 발생하는 시점까지 계속됩니다.

State Fair Hearing Officer 가 당사의 결정을 뒤집는 경우, 귀하는 분쟁중인 서비스를 즉시, 그리고 귀하의 건강 상태의 필요에 따라 빨리, 플랜에서 Fair Hearing 결정을 받은 날로부터 72 시간 이내에 받도록 해야 합니다. 이의 신청이 계류 중인 동안 분쟁 중인 서비스를 받은 경우, 당사는 Fair Hearing Officer 가 명령한 해당 서비스에 대한 지불 책임이 있습니다.

Fair Hearing 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 요청할 수는 있지만, Fair Hearing 이 귀하에게 유리하게 결정되지 않으면 Fair Hearing 의 대상인 서비스 비용을 귀하가 지불해야 할 수 있습니다.

State Fair Hearing 은 Office of Temporary and Disability Assistance 에 연락하여 신청할 수 있습니다:

- 온라인 신청 양식: <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
- 인쇄용 신청서를 우편으로 보내십시오:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings

Managed Care Hearing Unit  
P.O. Box 22023  
Albany, New York 12201-2023

- 인쇄용 신청서를 팩스로 보내십시오: (518) 473-6735
- 전화로 신청:

표준 Fair Hearing 라인 - 1 (800) 342-3334  
응급 Fair Hearing 라인 - 1 (800) 205-0110  
TTY 라인 - 711(교환이 1 (877) 502-6155 로 전화하도록 요청)

- 직접 신청:

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

Fair Hearing 을 신청하는 방법에 대한 자세한 정보는 다음 사이트를 방문하십시오: <http://otda.ny.gov/hearings/request/>

### **주 외부 이의 신청**

서비스가 의학적으로 필요하지 않거나 실험적이거나 임상시험 중인 것으로 판단되어 당사가 귀하의 이의를 거부하는 경우, 귀하는 뉴욕 주에 외부 이의 신청을 할 수 있습니다. 외부 이의 신청은 당사 또는 뉴욕 주에서 일하지 않는 검토자들이 결정합니다. 이 검토자들은 뉴욕 주정부가 승인한 자격을 갖춘 사람들입니다. 귀하는 외부 이의 신청에 대해 비용을 지불할 필요가 없습니다.

의학적 필요성의 결여로 또는 서비스가 실험적이거나 임상시험 중이라는 이유로 이의를 거부하는 결정을 내릴 경우, 당사는 이의를 거부한다는 당사 결정과 함께 외부 이의 신청을 제기하는 양식을 포함하여 외부 이의 신청 방법에 관한 정보를 귀하께 제공할 것입니다. 외부 이의 신청을 원할 경우, 당사가 귀하의 이의를 거부한 날로부터 4 개월 이내에 New York State Department of Financial Services 에 양식을 접수해야 합니다.

귀하의 외부 이의 신청은 30 일 이내에 결정됩니다. 외부 이의 신청 검토자들이 추가 정보를 요구하는 경우 더 많은 시간(영업일 기준 최대 5 일)이 필요할 수 있습니다. 검토자들은 결정이 내려진 날로부터 2 영업일 이내에 귀하와 당사에 최종 결정을 알려줄 것입니다.

지체가 귀하의 건강에 중대한 해를 끼칠 수 있다고 의사가 판단하면 더 빨리 결정을 내릴 수 있습니다. 이를 신속 외부 이의 신청이라고 합니다. 외부 이의 신청 검토자는 3 일 이내에 신속 이의 제기를 결정합니다. 검토자는 전화나 팩스로 귀하와 당사에 즉시 결정을 알려줄 것입니다. 나중에, 결정을 통지하는 편지가 발송됩니다.

Fair Hearing 및 외부 이의 신청을 요청할 수 있습니다. Fair Hearing 및 외부 이의 신청을 요청하는 경우, Fair Hearing 심의관의 결정은 "중요한 결정"이 됩니다.

### 3. 서비스 승인 및 조치 요건

#### 정의

사전 승인 검토: 해당 서비스가 등록자에게 제공되기 전, 새로운 서비스(새로운 승인 기간 또는 기존 승인 기간에 관계없이)의 적용 범위 또는 새로운 승인 기간 동안 케어 플랜에서 결정된 서비스 변경 요청에 대한 등록자 또는 등록자를 대신하는 공급자의 요청 검토.

동시 검토: 케어 플랜에서 현재 승인된 서비스의 추가(즉, 동일한 서비스를 더 많이) 또는 입원 후 Medicaid 적용 가정 의료 서비스에 대한 등록자, 또는 등록자를 대신하여 공급자의 요청 검토.

신속 검토: 플랜에서 결정하거나 지연으로 인해 등록자의 생명, 건강 또는 최대한의 기능을 달성, 유지 또는 회복하는 능력이 중대하게 위태로워진다고 공급자가 판단하면 등록자는 서비스 승인 요청에 대한 신속 검토를 받아야 합니다. 등록자는 사전 승인 또는 동시 검토에 대한 신속 검토를 요청할 수 있습니다. 동시 검토로 인한 조치의 이의 신청은 신속하게 처리되어야 합니다.

#### 일반 조항

의학적 필요성 또는 실험적이나 임상시험 중인 서비스와 관련하여 계약자가 취한 조치는 PHL §4900(2) (a)에 정의된 임상 동료 검토자가 해야 합니다.

의학적 필요성 또는 실험적이나 임상시험 중인 서비스에 관한 것 이외의 불리한 판단은 등록자의 건강 상태 또는 수준의 적합성, 치료의 양이나 전달 방법에 대한 평가에 근거하여 허가된, 인증된 또는 등록된 의료 전문가가 내려야 합니다. 이 요건은 보장이 등록자의 건강 상태에 대한 평가에 의존적인 경우 해당 서비스가 적용되는 혜택이 아니므로 청구를 거부하는 결정에 적용되며 다음을 포함하나 이에 국한되지 않는 서비스 승인 요청에 적용됩니다: 혜택 패키지에 포함된 서비스, 추천, 및 네트워크 외부 서비스.

플랜은 회원이 이의를 제기하고 도움을 받을 수 있는 방법을 원한다면 회원들에게 (언어, 청각, 언어 문제에 대한) 지원 가능성을 알려야 합니다.

계약자는 해당 부서의 모델 MLTC 초기 불리한 판단 및 4687 MLTC 취해진 조치 통지를 활용해야 합니다.

#### 서비스 승인 결정 및 통지 기한

1. 사전 승인 요청의 경우, 계약자는 서비스 승인 결정을 내려야 하며, 등록자의 상태에 따라 필요한 만큼 빨리 전화나 서면으로 등록자에게 다음 기간내에 결정을 통지해야 합니다:



- a. 신속: 서비스 승인 요청을 접수한 후 72 시간
  - b. 표준: 서비스 승인 요청을 수령한 날로부터 14 일.
2. 동시 검토 요청의 경우, 계약자는 서비스 승인 결정을 내려야 하며, 등록자의 상태에 따라 필요한 만큼 빨리 전화나 서면으로 등록자에게 다음 기간내에 결정을 통지해야 합니다:
    - a. 신속: 서비스 승인 요청을 접수한 후 72 시간
    - b. 표준: 서비스 승인 요청을 수령한 날로부터 14 일
    - c. 입원 후 Medicaid 보험 적용 가정 의료 서비스 요청의 경우, 필요한 정보를 받은 날로부터 영업일 기준 1 일; 서비스 승인 요청 다음 날이 주말 또는 공휴일인 경우를 제외하고는 필요한 정보를 수령한 후 72 시간; 어떠한 경우에도 서비스 승인 요청을 수령한 후 영업일 기준 3 일 이내에 처리해야 합니다.
  3. 달력일 기준 최대 14 일 연장. 연장은 등록자 또는 등록자를 대신하여 공급자가 요청할 수 있습니다(서면 또는 구두로). 플랜이 추가 정보의 필요성을 입증할 수 있고 연장이 등록자의 이익에 부합하는 경우 연장을 시작할 수도 있습니다. 모든 경우에 연장 이유를 잘 문서화해야 합니다.
    - a. MLTC 플랜은 서비스 요청에 대한 검토 기한이 플랜 주도로 연장된 경우 등록자에게 통보해야 합니다. MLTC 플랜은 지연 이유와 지연이 등록자에게 어떻게 가장 이익이 되는지를 설명해야 합니다. MLTC 플랜은 결정 또는 재결정을 내리는 데 필요한 추가 정보를 요청하고, 요청한 정보의 잠재적 출처를 열거함으로써 등록자를 도울 것입니다.
  4. 등록자 또는 공급자는 이의 제기를 할 수 있습니다 - 이의 신청 절차 참조.
  5. 플랜이 신속 심사에 대한 등록자의 요청을 거부한 경우 플랜은 표준 검토로 처리합니다.
    - a. 계약자는 신속 검토 요청이 거부되고 등록자의 서비스 요청이 표준 시간 내에 검토될 경우 등록자에게 알려야 합니다.

### 조치 통지의 기타 기간

1. 계약자가 서비스 승인 결정 또는 기타 조치의 결과로 승인 기간 내에 이전에 승인된 서비스를 제한, 축소, 일시 중지 또는 종료하려는 경우, 다음을 제외하고 예정된 조치 발효일 최소 10 일 전에 서면 통지를 해야 합니다:
  - a. 확인된 등록자 사기의 경우 사전 통지 기간이 5 일로 단축됩니다; 또는
  - b. 계약자는 다음에 대해 조치 날짜 이전까지 통지서를 발송할 수 있습니다:
    - i. 등록자의 사망;
    - ii. 서비스 종료를 요청하거나 서비스의 종료 또는 축소가 필요한 정보를 제공하는 등록자가 서명한 서면 진술서(등록자가 정보를 제공한 결과여야 한다는 것을 이해하는 경우);

- iii. 등록자가 추가 서비스를 받을 자격이 없는 기관에 등록자가 입원함;
  - iv. 등록자의 주소는 알 수 없으며 발송 주소가 없음을 나타내며 등록자에게 보낸 우편이 반송됨;
  - v. 등록자가 다른 관할 구역에서 Medicaid 서비스를 받을 수 있음; 또는
  - vi. 등록자의 의사가 변경된 치료 수준을 처방함.
- c. CBLTCS 및 ILTSS 의 경우 계약자가 이전에 승인된 서비스를 축소, 일시 중지 또는 종료하려 하거나 이전에 승인된 수준 또는 양보다 적게 새로운 기간에 대한 승인을 발행하려는 경우, 등록자는 1(a)-(b)에 명시된 경우를 제외하고, 최초 승인 기간의 만료일에 상관없이 예정된 조치의 발효일 최소 10 일 전 서면 통지를 제공해야 합니다.
- i. CBLTCS 및 ILTSS 의 경우 계약자가 이전에 승인된 서비스를 축소, 일시 중지 또는 종료하거나 이전에 승인된 수준 또는 양보다 적게 새로운 기간에 대한 승인을 발행하려는 경우, 계약자가 불만 사항, 불만 사항 이의 신청 및 조치 이의 신청을 접수하고 응답할 수 있도록 하루 24 시간, 주 7 일 제공되는 "라이브" 전화 지원을 제공하지 않는 한, 계약자는 비영업일에 조치의 발효일을 설정하지 않을 것입니다.
- d. 계약자는 조치가 전부 또는 일부의 지불 거부인 경우 조치 날짜에 등록자에게 서면 통지를 우편으로 보내야 합니다.
- e. 계약자가 본 부록에 설명된 서비스 승인 결정 시간 내에 결정에 이르지 않으면, 해당 계약은 불리한 결정으로 간주되며 계약자는 기간이 만료된 날에 등록자에게 조치 통지를 보내야 합니다.

### 조치 통보 내용

1. 계약자는 수령인 제한 프로그램에 따라 공급자에 대한 접근을 제한하려는 의도를 기반으로 한 조치를 제외하고는 모든 조치에 대해 모델 MLTC 초기 불리 판단 통지를 사용해야 합니다.
2. 수령인 제한 프로그램에 따라 공급자에 대한 액세스를 제한하기 위한 의도에 근거한 조치의 경우, 조치 통지에는 해당되는 경우 다음이 포함되어야 합니다:
  - a. 제한이 시작될 날짜;
  - b. 제한의 효과와 범위;
  - c. 제한의 이유;
  - d. 수령인의 이의 신청 권리;
  - e. 요청이 예정된 조치의 발효일 이전 또는 통지가 발송된 날로부터 10 일 후 중 이후 날짜까지 요청을 받으면 계속해서 보조를 받을 권리를 포함하여 이의 신청에 관한 지침;
  - f. 계약자가 수령인을 위해 일차 공급자를 지정할 권리;
  - g. 계약자가 수령인에게 1 차 공급자의 제한된 선택권을 부여하는 경우, 수령인이 제한 의도 통지일로부터 2 주 이내에 1 차 공급자를 선택할 권리;
  - h. 수령인이 3 개월마다 또는 합당한 사유가 있는 경우 조기에 1 차 공급자의 변경을 요청할 수 있는 권리;

- i. 의도된 제한의 이유와 효과에 대해 토의하기 위해 계약자와의 회의를 할 수 있는 권리;
- j. 수령인이 수령인 정보 패키트에 오용으로 인용된 서비스의 의학적 필요성을 보여주는 회의 또는 제출시에 문서를 설명하고 제시할 수 있는 권리;
- k. 회의를 주선하기 위해 접촉할 사람의 이름과 전화 번호;
- l. 회의가 제한 의도 통보에 열거된 유효 일자를 보류시키지 않는다는 사실;
- m. 회의가 공정한 청문회에 대한 수령인의 권리를 대체하거나 제한하지 않는다는 사실;
- n. 수령인이 자신의 사례 기록을 조사할 권리; 및
- o. 수령인을 대신하여 지불된 MA 서비스를 확인할 수 있는 계약자에 의해 유지되는 기록을 조사하는 수령인의 권리. 이 정보는 일반적으로 "청구 세부 정보" 또는 "수령인 프로필" 정보라고 합니다.