

ANEXO AL

**MANUAL DEL MIEMBRO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN  
ADMINISTRADA A LARGO PLAZO**

DE

**RiverSpring** at Home

**DOCUMENTO MODELO SOBRE QUEJAS Y APELACIONES**

El presente anexo reemplaza la sección 11, titulada “Proceso de queja y apelación para miembros”, del Manual del miembro a partir del 1 de mayo de 2018.

## **ANEXO AL MANUAL DEL MIEMBRO DOCUMENTO MODELO SOBRE QUEJAS Y APELACIONES**

RiverSpring at Home hará todo lo posible por tratar sus inquietudes o problemas lo más rápido posible y darle una respuesta que le resulte satisfactoria. Puede usar nuestro proceso de queja o nuestro proceso de apelación, según el tipo de problema que tenga.

No cambiarán sus servicios ni la forma en que le trata el personal de RiverSpring at Home o un determinado proveedor de atención médica por el hecho de que presente una queja o una apelación. Mantendremos su privacidad. Le ofreceremos la ayuda que necesite para presentar una queja o una apelación, lo que incluye brindarle acceso a los servicios de un intérprete o asistencia si tiene problemas de la visión o la audición. Puede elegir a una persona (como un pariente, un amigo o un proveedor) para que le represente.

Para presentar una queja o apelar una medida del plan, llame al 1-800-370-3600 (TTY: 711) o escriba a RiverSpring Health Plans, Quality Assurance Department, 80 West 225<sup>th</sup> Street, Bronx, NY 10463. Cuando se comuniquen con nosotros, deberá proporcionarnos su nombre, su dirección, su número de teléfono y los detalles del problema.

### ***Qué es una queja***

Una queja es una comunicación suya dirigida a nosotros para expresar su inconformidad con la atención y el tratamiento recibidos de nuestros miembros del personal o proveedores de servicios cubiertos. Por ejemplo, si una persona fue grosera con usted o usted no está conforme con la calidad de la atención o los servicios que le hemos brindado, puede presentarnos una queja.

### ***El proceso de queja***

Puede presentarnos una queja de forma oral o por escrito. La persona que reciba su queja la registrará, y el personal del plan correspondiente supervisará su revisión. Le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido su queja en la que se incluirá una descripción de nuestro proceso de revisión. Revisaremos su queja y le brindaremos una respuesta por escrito en uno de dos plazos.

1. Si un retraso aumentara considerablemente el riesgo para su salud, tomaremos una decisión en un plazo de 48 horas después de la recepción de la información necesaria, pero el proceso finalizará en un plazo de 7 días después de la recepción de la queja.
2. En el caso de las demás quejas, le notificaremos sobre nuestra decisión en un plazo de 45 días después de la recepción de la información necesaria, pero el proceso debe finalizar en un plazo de 60 días después de la recepción de la queja.

Nuestra respuesta incluirá una descripción de lo que descubrimos al revisar su queja y nuestra decisión al respecto.

## ***Cómo puede apelar la decisión sobre una queja***

Si no está conforme con la decisión que tomamos en relación con su queja, puede solicitar una segunda revisión del problema, para lo cual debe presentar una apelación de queja por escrito. Debe hacerlo en un plazo de 60 días hábiles después de la recepción de nuestra decisión inicial sobre su queja. Una vez que recibamos su apelación, le enviaremos una confirmación por escrito en la que se le indicará el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que designamos para que responda a su apelación. Todas las apelaciones de queja estarán a cargo de los profesionales correspondientes, incluidos, en el caso de las quejas sobre asuntos clínicos, profesionales de atención médica que no hayan participado en la toma de la decisión inicial.

En el caso de las apelaciones estándar, tomaremos una decisión sobre la apelación en un plazo de 30 días hábiles después de que recibamos toda la información necesaria para tomar una determinación. Si un retraso en la toma de la decisión aumentara considerablemente el riesgo para su salud, usaremos el proceso de apelación de queja acelerada. En dicho caso, tomaremos una decisión sobre la apelación en un plazo de 2 días hábiles después de la recepción de la información necesaria. Tanto en el caso de una apelación de queja estándar como en el de una acelerada, le proporcionaremos un aviso por escrito de nuestra decisión. Este aviso incluirá los motivos detallados de nuestra decisión y, si se trata de un asunto clínico, la justificación clínica.

## ***Qué es una medida***

Se toman “medidas” del plan cuando RiverSpring at Home rechaza o limita servicios solicitados por usted o su proveedor; rechaza una solicitud de remisión; decide que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; restringe, reduce, suspende o cancela servicios ya autorizados; rechaza el pago de servicios; no brinda servicios de manera oportuna; o no toma determinaciones de queja o apelación en los plazos requeridos. Las medidas están sujetas a apelaciones. (Consulte la sección “Cómo puede presentar una apelación de una medida” a continuación para obtener más información).

## ***Plazos del Aviso de medida***

Si decidimos rechazar o limitar los servicios que solicitó o no pagar una parte o la totalidad de un servicio cubierto, le enviaremos un aviso cuando tomemos dicha determinación. Si proponemos restringir, reducir, suspender o cancelar un servicio autorizado, nuestra carta se enviará, al menos, 10 días antes de la fecha en que pretendemos cambiar el servicio.

## ***Contenido del Aviso de medida***

Si le enviamos un aviso de medida, este incluirá lo siguiente:

- una explicación de la medida que hemos tomado o pretendemos tomar;

- una aclaración de los motivos de la medida, incluida la justificación clínica, si corresponde;
- una descripción de su derecho a presentarnos una apelación (incluida una mención de si también tiene derecho a usar el proceso de apelación externa del Estado);
- una descripción de cómo presentar una apelación interna y las circunstancias en las que puede solicitar que agilicemos (aceleremos) nuestra revisión de su apelación interna;
- una descripción de la disponibilidad de los criterios de revisión clínica en los que nos basamos para tomar la decisión, si la medida implica cuestiones de necesidad médica; o bien, si el tratamiento o servicio en particular fue experimental o de investigación;
- una descripción de la información que usted o su proveedor deben brindar para que podamos tomar una decisión sobre la apelación, si corresponde.

Si restringimos, reducimos, suspendemos o cancelamos un servicio autorizado, el aviso también le informará sobre su derecho a que los servicios sigan prestándose mientras tomamos una decisión sobre su apelación, sobre el proceso para solicitar que los servicios sigan prestándose y sobre las circunstancias en las que posiblemente deba pagar por los servicios si siguen prestándose mientras revisamos su apelación.

### ***Cómo puede presentar una apelación de una medida***

Si no está de acuerdo con una medida que hemos tomado, puede apelarla. Presentar una apelación significa que debemos volver a considerar el motivo de nuestra medida para decidir si fue adecuado. Puede presentar una apelación de una medida ante el plan de forma oral o por escrito. Cuando el plan le envía una carta sobre una medida que ha tomado (como rechazar o limitar servicios, o bien no pagar por ellos), debe presentar una solicitud de apelación en un plazo de 60 días después de la fecha de la carta en la que le notificamos sobre la medida.

### ***Cómo puede comunicarse con su plan para presentar una apelación***

Para ponerse en contacto con nosotros, puede llamarnos al 1-800-370-3600 (TTY: 711) o por escrito a RiverSpring Health Plans, Quality Assurance Department, 80 West 225<sup>th</sup> Street, Bronx, NY 10463. La persona que reciba su apelación la registrará, y el personal correspondiente supervisará su revisión. Le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido su apelación a la que adjuntaremos una copia de su expediente, que incluye sus registros médicos y otros documentos usados para tomar la decisión original. La revisión de la apelación estará a cargo de miembros del personal clínico idóneos que no hayan participado en la toma de la decisión o la medida inicial del plan por la que presenta una apelación.

### ***Medidas con las cuales puede solicitar que sigan prestándose los servicios durante el Proceso de apelación***

Si apela la restricción, la reducción, la suspensión o la cancelación de servicios que actualmente tiene autorizado obtener, puede solicitar que continúe recibiendo dichos servicios mientras se toma una decisión sobre su apelación. Debemos seguir prestándole el servicio si presenta la solicitud a más tardar 10 días después de la fecha del aviso sobre la restricción, la reducción, la suspensión o la cancelación de los servicios; o bien, de la fecha de entrada en vigencia pretendida de la medida propuesta, lo que suceda después.

Seguirán prestándose los servicios hasta el retiro de la apelación o hasta 10 días después del envío del aviso de nuestra decisión sobre la apelación, si nuestra decisión no es a su favor, a menos que haya solicitado una audiencia imparcial de Medicaid del Estado de Nueva York con continuación de los servicios. (Consulte la sección sobre audiencia imparcial a continuación).

A pesar de que puede solicitar una continuación de los servicios mientras la apelación se encuentra en revisión, si la apelación no se decide a su favor, podemos exigirle el pago de dichos servicios si se prestaron únicamente porque solicitó seguir recibéndolos mientras se revisaba su caso.

### ***Cuánto tiempo le llevará al plan tomar una decisión sobre la apelación de una medida***

A menos que solicite una revisión acelerada, revisaremos la apelación de la medida que hemos tomado como apelación estándar y le enviaremos una decisión por escrito tan rápido como su estado de salud lo requiera, a más tardar 30 días después de la fecha en que recibamos la apelación. (El período de revisión puede prorrogarse hasta 14 días si solicita una extensión o necesitamos más información, y el retraso es por su propio interés). Durante nuestra revisión, tendrá la posibilidad de presentar su caso en persona o por escrito. También tendrá la oportunidad de consultar todos los registros que forman parte de la revisión de su apelación.

Le enviaremos un aviso sobre la decisión que tomemos respecto de su apelación en el que le informaremos nuestra determinación y la fecha en la que la tomamos.

Si revocamos nuestra decisión de rechazar o limitar los servicios solicitados; o bien, de restringirlos, reducirlos, suspenderlos o cancelarlos, y no se brindaron servicios mientras la apelación estaba pendiente, le prestaremos los servicios en disputa tan rápido como su estado de salud lo requiera. En algunos casos, puede solicitar una apelación “acelerada”. (Consulte la sección “Proceso de apelación acelerada”).

### ***Proceso de apelación acelerada***

Si usted o su proveedor consideran que los tiempos de una apelación estándar podrían provocarles un riesgo grave de salud o vida, puede solicitar una revisión acelerada de su apelación de la medida. Le responderemos para informarle nuestra decisión en un plazo de 72 horas. En ningún caso, el plazo para expedir nuestra decisión será superior a las 72 horas después de que recibamos su apelación. (El

período de revisión puede prorrogarse hasta 14 días si solicita una extensión o necesitamos más información, y el retraso es por su propio interés).

Si no estamos de acuerdo con su solicitud de acelerar su apelación, nos esforzaremos por comunicarnos con usted en persona para informarle que hemos rechazado su solicitud de apelación acelerada y que la gestionaremos como apelación estándar. Además, le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión de rechazar su solicitud de apelación acelerada en un plazo de 2 días después de la recepción de su solicitud.

### ***Qué puede hacer si el plan rechaza su apelación***

Si nuestra decisión sobre la apelación no es completamente a su favor, el aviso que reciba le explicará su derecho a solicitar una audiencia imparcial de Medicaid ante el Estado de Nueva York y cómo obtenerla, quién puede comparecer en la audiencia imparcial en su nombre y, en el caso de ciertas apelaciones, su derecho a solicitar la recepción de servicios mientras la audiencia está pendiente y cómo presentar dicha solicitud.

**Nota: Debe solicitar una audiencia imparcial en un plazo de 120 días calendario después de la fecha indicada en el Aviso de determinación adversa final.**

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

### ***Audiencias imparciales del Estado***

Si nuestra decisión sobre la apelación no es completamente a su favor, puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid ante el Estado de Nueva York en un plazo de 120 días después de la fecha en que le enviemos el aviso de nuestra decisión sobre la apelación.

Si la apelación implicaba la restricción, la reducción, la suspensión o la cancelación de servicios autorizados que actualmente recibe, y usted solicitó una audiencia imparcial, seguirá recibiendo dichos servicios mientras aguarda la decisión de la audiencia imparcial. Su solicitud de audiencia imparcial debe presentarse en un plazo de 10 días después de la fecha en que le enviemos la decisión sobre la apelación o antes de la fecha de entrada en vigencia pretendida de la medida de restricción, reducción, suspensión o cancelación de los servicios, lo que suceda después.

Sus beneficios seguirán vigentes hasta que retire su solicitud de audiencia imparcial o hasta que el funcionario de audiencias imparciales del Estado expida una decisión de la audiencia que no sea a su favor, lo que ocurra antes.

Si el funcionario de audiencias imparciales del Estado revoca nuestra decisión, debemos asegurarnos de que reciba los servicios en disputa de inmediato, tan rápido como su estado de salud lo requiera, a más tardar 72 horas después de la fecha en que el plan reciba la decisión de la audiencia imparcial. Si recibió los servicios en disputa mientras su apelación estaba pendiente, seremos responsables del pago de los servicios cubiertos dispuestos por el funcionario de audiencias imparciales.

A pesar de que puede solicitar que sigan prestándose los servicios mientras aguarda la decisión de la audiencia imparcial, si la audiencia no se decide a su favor, es posible que sea responsable del pago de los servicios que eran objeto de la audiencia imparcial.

Para presentar una audiencia imparcial del Estado, puede comunicarse con la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacidad:

- Solicitar una audiencia imparcial mediante el formulario en línea:  
<http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
- Enviar por correo postal el formulario de solicitud de audiencia imparcial impreso:

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

- Enviar por fax el formulario de solicitud de audiencia imparcial impreso:  
(518) 473-6735
- Solicitar una audiencia imparcial por teléfono:

Línea de audiencias imparciales estándar: 1 (800) 342-3334  
Línea de audiencias imparciales de emergencia: 1 (800) 205-0110  
Línea TTY: 711 (solicite al operador que llame al 1 [877] 502-6155)

- Solicitar una audiencia imparcial en persona:

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

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

### ***Apelaciones externas ante el Estado***

Si rechazamos su apelación porque determinamos que el servicio no es médicamente necesario o es experimental o de investigación, puede solicitar una apelación externa ante el Estado de Nueva York. La decisión de la apelación externa está a cargo de revisores que no trabajan para nuestra compañía ni para el Estado de Nueva York, que están calificados y que han sido aprobados por el Estado de Nueva York. No debe pagar por las apelaciones externas.

Si tomamos la decisión de rechazar una apelación por falta de necesidad médica o por el hecho de que el servicio es experimental o de investigación, le proporcionaremos información sobre cómo presentar una apelación externa, incluido un formulario sobre cómo solicitarla, junto con nuestra decisión de rechazo de la apelación. Si desea acceder a una apelación externa, debe presentar el formulario pertinente ante el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York en un plazo de cuatro meses después de la fecha en que rechazamos su apelación.

Se tomará una decisión sobre la apelación externa en un plazo de 30 días. Es posible que se necesite más tiempo (hasta 5 días hábiles) si el revisor de apelaciones externas solicita más información. El revisor nos informará a usted y a nosotros la decisión final en un plazo de dos días hábiles después de la fecha en que se tome una decisión.

Podrá conocer la decisión antes si su médico es capaz de comprobar que un retraso le provocará un daño grave a su salud. Esto se denomina “apelación externa acelerada”. El revisor de apelaciones externas tomará una decisión al respecto en 3 días o menos y nos informará a usted y a nosotros la decisión de inmediato por teléfono o fax. Luego, se enviará una carta en la que se le informará la decisión.

Puede solicitar una audiencia imparcial y una apelación externa al mismo tiempo. En dicho caso, la decisión del funcionario de audiencias imparciales será la que tendrá validez.

## **3. REQUISITOS DE MEDIDAS Y AUTORIZACIONES DE SERVICIOS**

### **Definiciones**

Revisión de autorización previa: Es una revisión de una solicitud presentada por el afiliado o por el proveedor en nombre del afiliado para obtener cobertura de un servicio nuevo (ya sea por un período de autorización nuevo o en un período de autorización existente) o para cambiar un servicio, según lo determinado en el plan de atención correspondiente a un período de autorización nuevo, antes de que se preste dicho servicio al afiliado.

Revisión concurrente: Es una revisión de una solicitud presentada por un afiliado o un proveedor en nombre del afiliado para obtener servicios adicionales (es decir, más servicios del mismo tipo) actualmente autorizados en el plan de atención o para



obtener servicios de atención médica domiciliaria cubiertos por Medicaid tras la admisión como paciente internado.

Revisión acelerada: Un afiliado debe recibir una revisión acelerada de su solicitud de autorización de servicios cuando el plan determina o un proveedor indica que un retraso puede poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad de lograr, mantener o recuperar la función máxima del afiliado. El afiliado puede solicitar una revisión acelerada de una autorización previa o una revisión concurrente. Las apelaciones de medidas que surjan a partir de una revisión concurrente deben gestionarse como aceleradas.

### **Disposiciones generales**

Las medidas tomadas por el contratista en relación con la necesidad médica o los servicios experimentales o de investigación deben estar a cargo de revisores expertos clínicos, según lo definido en el artículo 4900(2)(a) de la Ley de Salud Pública (Public Health Law, PHL).

Las determinaciones adversas no relacionadas con la necesidad médica ni con servicios experimentales o de investigación deben estar a cargo de un profesional de atención médica certificado, registrado o con licencia cuando dichas determinaciones se basen en una evaluación del estado de salud del afiliado o de la idoneidad del nivel, la cantidad o el método de prestación de la atención. Este requisito se aplica a las determinaciones de rechazo de reclamaciones debido a que los servicios en particular no son beneficios cubiertos cuando la cobertura depende de una evaluación del estado de salud del afiliado. También se aplica a las solicitudes de autorización de servicios, incluidos, entre otros, los servicios incluidos en el paquete de beneficios, las remisiones y los servicios fuera de la red.

El plan debe notificar a los miembros sobre la disponibilidad de asistencia (en el caso de problemas del lenguaje, la audición y el habla) si el miembro desea presentar una apelación y cómo acceder a dicha asistencia.

El contratista deberá utilizar los documentos modelo de Aviso de determinación adversa inicial de atención administrada a largo plazo (Managed Long Term Care, MLTC) y de Aviso de toma de medida de MLTC 4687 del departamento.

### **Plazos para la determinación y la notificación de autorización de servicios**

1. En el caso de las solicitudes de autorización previa, el contratista debe tomar una determinación de autorización de servicios y notificársela al afiliado por teléfono y por escrito tan rápido como el estado del afiliado lo requiera y a más tardar en los siguientes plazos:
  - a. Proceso acelerado: setenta y dos (72) horas después de la recepción de la solicitud de autorización de servicios.
  - b. Proceso estándar: catorce (14) días después de la recepción de la solicitud de autorización de servicios.

2. En el caso de las solicitudes de revisión concurrente, el contratista debe tomar una determinación de autorización de servicios y notificársela al afiliado por teléfono y por escrito tan rápido como el estado del afiliado lo requiera y a más tardar en los siguientes plazos:
  - a. Proceso acelerado: setenta y dos (72) horas después de la recepción de la solicitud de autorización de servicios.
  - b. Proceso estándar: catorce (14) días después de la recepción de la solicitud de autorización de servicios.
  - c. En el caso de una solicitud de servicios de atención médica domiciliaria cubiertos por Medicaid tras la admisión como paciente internado, un (1) día hábil después de la recepción de la información necesaria, excepto cuando el día posterior a la solicitud de autorización de servicios caiga en un fin de semana o un feriado, en cuyo caso serán setenta y dos (72) horas después de la recepción de la información necesaria, pero en ningún caso más de tres (3) días hábiles después de la recepción de la solicitud de autorización de servicios.
3. Extensión de hasta 14 días calendario: El afiliado o el proveedor en nombre del afiliado pueden solicitar una extensión (ya sea de forma verbal o por escrito). El plan también puede iniciar una extensión si es capaz de justificar la necesidad de información adicional y si la extensión es por el propio interés del afiliado. En todo caso, el motivo de la extensión debe estar bien documentado.
  - a. El plan de MLTC debe notificar al afiliado sobre una extensión de la fecha límite de revisión de su solicitud de servicios iniciada por el plan. El plan de MLTC debe explicar el motivo del retraso y por qué es por el propio interés del afiliado. El plan de MLTC debe solicitar la información adicional necesaria para tomar una determinación o una nueva determinación e indicarle al afiliado las posibles fuentes de la información solicitada para ayudarle.
4. El afiliado o su proveedor pueden apelar la decisión (consulte la sección sobre procedimientos de apelación).
5. Si el plan rechazó la solicitud de revisión acelerada del afiliado, la gestionará como revisión estándar.
  - a. El contratista debe notificar al afiliado en caso de que se rechace su solicitud de revisión acelerada e informarle que su solicitud de servicios se revisará en el plazo estándar.

### **Otros plazos para los Avisos de medidas**

1. Cuando el contratista pretenda restringir, reducir, suspender o cancelar un servicio anteriormente autorizado en un período de autorización, ya sea como resultado de una determinación de autorización de servicios o de otra medida, debe proporcionarle al afiliado un aviso por escrito, al menos, diez (10) días antes de la fecha de entrada en vigencia de la medida pretendida, excepto cuando ocurra lo siguiente:

- a. El período de aviso anticipado se reduzca a cinco (5) días, en caso de que se confirme un fraude por parte del afiliado.
- b. El contratista envíe el aviso a más tardar en la fecha de la medida por lo siguiente:
  - i. la muerte del afiliado;
  - ii. la firma de una declaración por escrito por parte del afiliado para solicitar la cancelación del servicio o brindar información para solicitar la cancelación o la reducción de los servicios (si el afiliado comprende que ese debe ser el resultado de proporcionar la información);
  - iii. la admisión del afiliado en una institución donde no sea elegible para recibir servicios adicionales;
  - iv. el desconocimiento de la dirección del afiliado y la devolución de la correspondencia dirigida al afiliado por no haber una dirección de envío;
  - v. la aceptación del afiliado para que reciba servicios de Medicaid de otra jurisdicción;
  - vi. la indicación de un cambio en el nivel de atención médica por parte del médico del afiliado.
- c. En el caso de servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad (Community Based Long Term Care Services, CBLTCS) y servicios y apoyo institucionales a largo plazo (Institutional Long Term Services and Supports, ILTSS), cuando el contratista pretenda reducir, suspender o cancelar un servicio anteriormente autorizado o expedir una autorización para un nuevo período de nivel o cantidad inferiores a los autorizados anteriormente, debe proporcionarle al afiliado un aviso por escrito, al menos, diez (10) días antes de la fecha de entrada en vigencia de la medida pretendida, independientemente de la fecha de vencimiento del período de autorización original, excepto en las circunstancias descritas en los apartados 1(a)-(b).
  - i. En el caso de CBLTCS e ILTSS, cuando el contratista pretenda reducir, suspender o cancelar un servicio anteriormente autorizado o expedir una autorización para un nuevo período de nivel o cantidad inferiores a los autorizados anteriormente, el contratista no debe fijar la fecha de entrada en vigencia de la medida para un día no hábil, a menos que el contratista ponga a disposición asistencia telefónica “en directo” las veinticuatro (24) horas, los siete (7) días de la semana para tomar y responder quejas, apelaciones de quejas y apelaciones de medidas.
- d. El contratista debe enviar un aviso por escrito al afiliado en la fecha de la medida cuando la determinación sea el rechazo de un pago, ya sea de forma parcial o total.
- e. Cuando el contratista no tome una determinación en los plazos de determinación de autorización de servicios descritos en el apéndice, se considerará una determinación adversa, y el contratista deberá enviarle un Aviso de medida al afiliado en la fecha de vencimiento de los plazos.

## **Contenido del Aviso de medida**

1. El contratista debe utilizar el Aviso de determinación adversa inicial de MLTC modelo para todas las medidas, excepto aquellas que se basen en la intención de restringir el acceso a los proveedores en virtud del Programa de restricción de beneficiarios.
2. En el caso de las medidas basadas en la intención de restringir el acceso a los proveedores en virtud del Programa de restricción de beneficiarios, el Aviso de medida debe contener lo siguiente, según corresponda:
  - a. la fecha de inicio de la restricción;
  - b. las consecuencias y el alcance de la restricción;
  - c. el motivo de la restricción;
  - d. el derecho a apelar del beneficiario;
  - e. las instrucciones para solicitar una apelación, incluido el derecho a seguir recibiendo asistencia si la solicitud se presenta antes de la fecha de entrada en vigencia de la medida pretendida o 10 días después del envío de los avisos, lo que suceda después;
  - f. el derecho del contratista a designarle un proveedor primario al beneficiario;
  - g. el derecho del beneficiario a seleccionar un proveedor primario en un plazo de dos semanas después de la fecha del aviso sobre la intención de restringir los servicios, si el contratista le ofrece al beneficiario un conjunto limitado de proveedores primarios;
  - h. el derecho del beneficiario a solicitar un cambio de proveedor primario cada tres meses o antes por razones justificadas;
  - i. el derecho a reunirse con el contratista para analizar el motivo y las consecuencias de la restricción pretendida;
  - j. el derecho del beneficiario a explicar y presentar documentación, ya sea durante una reunión o mediante su envío, en la que se compruebe la necesidad médica de los servicios que se indican como usados indebidamente en el paquete de información del beneficiario;
  - k. el nombre y el número de teléfono de la persona con quien debe comunicarse para coordinar la reunión;
  - l. el hecho de que una reunión no suspende la fecha de entrada en vigencia indicada en el aviso sobre la intención de restringir los servicios;
  - m. el hecho de que la conferencia no sustituye ni limita el derecho del beneficiario a acceder a una audiencia imparcial;
  - n. el derecho del beneficiario a examinar su expediente de caso;
  - o. el derecho del beneficiario a examinar los registros conservados por el contratista que puedan identificar los servicios de MA pagados en nombre del destinatario (estos datos suelen denominarse información de “perfil del beneficiario” o “detalle de reclamación”).