

**Por favor, conserve este documento junto con su Manual para el Afiliado**

Montefiore Diamond Care hará todo lo que esté a su alcance para solucionar su inquietud o problema lo más rápido posible y a su satisfacción. Puede usar el proceso de queja o nuestro proceso de apelación, dependiendo de qué tipo de problema tenga.

Si usted presenta una queja o una apelación no habrá cambios en sus servicios o en el trato que le proporcionen los proveedores de atención médica o el personal de Montefiore Diamond Care. Respetaremos su privacidad. Le brindaremos la ayuda que necesite para presentar una queja o apelación. Esto incluye brindarle servicios de traducción o ayuda si usted tiene problemas de visión o audición. Puede elegir a una persona (como un pariente, amigo o proveedor) para que actúe en su nombre.

Para presentar una queja o una apelación a un plan de Acción, por favor llame al: **1-855-556-6683 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. (TTY/TTD 711)** o escriba a:

**Montefiore Diamond Care  
Grievances and Appeals Department  
Box 500  
200 Corporate Blvd. South, Suite 200  
Yonkers, NY 10701**

Cuando se comuniquen con nosotros, necesitará brindarnos los siguientes datos: su nombre, domicilio, número telefónico y los detalles del problema.

***¿Qué es una queja?***

Una queja es una notificación de parte suya de insatisfacción con la atención o el tratamiento que recibió por parte de nuestro personal o de nuestros proveedores de servicios cubiertos. Por ejemplo, si alguien fue descortés con usted o no le gustó la calidad de la atención o de los servicios que recibió de nuestra parte, puede presentar una queja.

***El Proceso de Quejas***

Usted puede presentar una queja en forma oral o escrita. La persona que reciba su queja la registrará, y el personal correspondiente del plan supervisará la revisión de la queja. Le enviaremos una carta para notificarle que recibimos su queja, y le brindaremos una descripción de nuestro proceso de revisión. Revisaremos su queja y le daremos una respuesta por escrito dentro uno de dos plazos posibles.

1. Si una demora podría implicar un riesgo significativo para su salud, tomaremos una decisión dentro de las 48 horas siguientes a la recepción de la información necesaria, pero se completará el proceso dentro de los 7 días siguientes a la recepción de la queja.
2. Para todos los otros tipos de quejas, notificaremos nuestra decisión dentro los 45 días siguientes a la recepción de la información necesaria, pero se debe completar el proceso dentro de los 60 días siguientes a la recepción de la queja.

Nuestra respuesta describirá las conclusiones de la revisión de su queja y la decisión que tomamos en relación con su queja.

### ***¿Cómo hago para apelar una decisión sobre una queja?***

Si usted no está satisfecho con la decisión que tomamos en relación con su queja, puede solicitar una segunda revisión de su problema presentando una apelación de queja. Debe presentar la apelación de queja por escrito dentro de los 60 días hábiles siguientes a la recepción de nuestra decisión inicial sobre su queja. Una vez que recibamos su apelación, le enviaremos un acuse de recibo por escrito informándole el nombre, domicilio y número telefónico de la persona que hemos designado para que responda su apelación. Todas las apelaciones de quejas serán evaluadas por profesionales idóneos; en las quejas referidas a problemas clínicos participarán profesionales de atención médica que no hayan intervenido en la decisión inicial.

En cuanto a las apelaciones estándar, resolveremos la apelación dentro de los 30 días hábiles siguientes a la recepción de toda la información necesaria para tomar nuestra decisión. Si una demora en nuestra decisión podría implicar un riesgo significativo para su salud, aplicaremos el proceso acelerado de apelación de quejas. Para los procesos acelerados de apelación de quejas, tomaremos nuestra decisión de apelación dentro de los 2 días hábiles siguientes a la recepción de la información necesaria. Notificaremos por escrito nuestra decisión sobre las apelaciones de quejas, tanto para las apelaciones estándar como las aceleradas. La notificación incluirá las razones detalladas por las cuales tomamos dicha decisión y, en los casos que involucren problemas clínicos, los fundamentos médicos para tomar dicha decisión.

### ***¿Qué es una Acción?***

Cuando el plan (ingrese nombre del plan) deniega o limita los servicios solicitados por usted o su proveedor; deniega una solicitud de remisión; decide que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; restringe, reduce, suspende o cancela servicios que ya hemos autorizado; deniega el pago de servicios; no brinda servicios en forma oportuna o no toma determinaciones sobre quejas o apelaciones dentro de los plazos requeridos, estos eventos se considerarán “acciones” del plan. Toda Acción está sujeta a apelación. (Consulte la sección *¿Cómo presento una Apelación a una Acción?* que figura a continuación, para obtener más información).

### ***Plazos para la Notificación de Acción***

Si decidimos denegar o limitar los servicios que usted solicitó o decidimos no pagar la totalidad o una parte de un servicio cubierto, le enviaremos una notificación cuando tomemos la decisión. Si proponemos restringir, reducir, suspender o cancelar un servicio que está autorizado, se le enviará una carta como mínimo 10 días antes de la fecha prevista para efectuar el cambio.

### ***Contenido de la Notificación de Acción***

Cualquier notificación de Acción que se le envíe:

- Explicará la Acción que hemos tomado o intentamos tomar;
- Mencionará los motivos por los que proponemos dicha Acción, incluyendo los fundamentos médicos si corresponde;
- Describirá su derecho a presentar una apelación (también si puede tener derecho a una apelación externa del Estado);
- Describirá cómo presentar una apelación interna y las circunstancias bajo las cuales usted puede solicitar que aceleremos (agilicemos) la revisión de su apelación interna;
- Describirá la disponibilidad del criterio de revisión clínica utilizado para tomar la decisión, si la Acción involucra problemas de necesidad médica o si el servicio o tratamiento en cuestión era experimental o de investigación;
- Describirá la información, si corresponde, que usted y/o su proveedor deben proporcionar para que nosotros podamos brindar una decisión sobre la apelación.

Si nosotros restringimos, reducimos, suspendemos o cancelamos un servicio autorizado, la notificación también le informará su derecho a continuar recibiendo los servicios mientras nosotros tomamos una decisión en relación con su apelación, cómo solicitar que se sigan brindando esos servicios y las circunstancias bajo las cuales usted puede tener que pagar por dichos servicios si se siguen recibiendo mientras nosotros revisamos su apelación.

### ***¿Cómo presento una Apelación a una Acción?***

Si usted no está de acuerdo con una Acción que hemos tomado, puede presentar una apelación. Cuando usted presenta una apelación, debemos revisar nuevamente la razón por la que tomamos una Acción para determinar si fue correcta. Usted puede presentar una apelación de una Acción del plan en forma oral o escrita. Cuando el plan le envía una carta en relación con una Acción que está tomando (como denegar o limitar servicios, o no pagar servicios), usted debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días siguientes a la fecha que tiene la carta que le notifica nuestra Acción.

***¿Cómo me contacto con mi plan para presentar una Apelación?***

Puede comunicarse con nosotros llamando al **1-855-556-6683 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. (TTY/TTD 711)** o escribiendo a:

**Montefiore Diamond Care  
Grievances and Appeals Department  
Box 500  
200 Corporate Blvd. South, Suite 200  
Yonkers, NY 10701**

La persona que reciba su apelación la registrará, y el personal correspondiente del plan supervisará la revisión de la apelación. Le enviaremos una carta informándole que recibimos su apelación e incluiremos una copia del expediente de su caso que incluye su historia clínica y otros documentos usados para tomar la decisión inicial. Su apelación será revisada por personal clínico informado que no haya participado en la decisión o Acción inicial del plan que usted está apelando.

***Algunas Acciones permiten que usted solicite que se continúen brindando los servicios durante el Proceso de Apelación***

Si usted apela una restricción, reducción, suspensión o cancelación de servicios que usted está actualmente autorizado a recibir, puede solicitar continuar recibiendo estos servicios mientras se dirime su apelación. Debemos continuar brindando dichos servicios si presenta su solicitud dentro de los 10 días posteriores a la fecha de notificación de la restricción, reducción, suspensión o cancelación de los servicios o a la fecha de entrada en vigor prevista para la Acción propuesta, lo que ocurra último.

Se le seguirán brindando los servicios hasta que usted retire la apelación o hasta 10 días después de la fecha en que le enviemos por correo la notificación de nuestra decisión sobre la apelación, si nuestra decisión no es favorable para usted, salvo que haya solicitado una Audiencia imparcial de Medicaid del Estado de Nueva York con continuación de servicios. (Consulte la sección Audiencia imparcial a continuación).

Aunque usted puede solicitar que se le continúen brindando los servicios mientras la apelación se encuentra bajo revisión, en caso de que la apelación no se resuelva a su favor, es posible que le solicitemos que pague por dichos servicios si se continuaron brindando solo porque usted solicitó continuar recibéndolos mientras su caso se encontrara bajo revisión.

***¿Cuánto tiempo le tomará al plan decidir sobre mi Apelación de una Acción?***

Salvo que usted solicite una revisión acelerada, revisaremos su apelación de la Acción tomada por el plan como una apelación estándar y le enviaremos una

decisión por escrito en un plazo acorde a su condición de salud, pero a más tardar 30 días a partir del día en que recibamos la apelación. (Se puede extender el período de revisión hasta 14 días si usted lo solicita o si necesitamos más información y la demora redundaría en su beneficio). Durante nuestra revisión, usted tendrá la oportunidad de defender su caso en persona y por escrito. También tendrá la oportunidad de revisar cualquiera de sus registros que formen parte de la revisión de la apelación.

Le enviaremos una notificación sobre la decisión que tomamos en relación con su apelación en la que se indicará la decisión que tomamos y la fecha en que tomamos dicha decisión.

Si revertimos nuestra decisión de denegar o limitar los servicios solicitados o de restringir, reducir, suspender o cancelar los servicios y dichos servicios no fueron proporcionados mientras se tramitaba su apelación, le brindaremos dichos servicios en cuanto lo requiera su condición de salud. En algunos casos, usted puede solicitar un proceso “acelerado” de apelación. (Consulte la sección Proceso Acelerado de Apelación a continuación).

### ***Proceso Acelerado de Apelación***

Si usted o su proveedor consideran que el plazo de apelación estándar podría causarle un problema grave de salud o poner en riesgo su vida, puede solicitar una revisión acelerada de su apelación a la Acción. Le responderemos con nuestra decisión dentro de las 72 horas siguientes. En ningún caso el plazo para presentar nuestra decisión será mayor a 72 horas a partir de la recepción de su apelación. (Se puede extender el período de revisión hasta 14 días si usted lo solicita o si necesitamos más información y la demora redundaría en su beneficio).

Si no estamos de acuerdo con su solicitud de apelación acelerada, pondremos nuestro mayor empeño para comunicarnos con usted personalmente e informarle que hemos denegado su solicitud de proceso acelerado de apelación y que procesaremos la apelación dentro del plazo estándar. También le enviaremos una notificación por escrito de nuestra decisión de denegar su solicitud de proceso acelerado de apelación dentro de los 2 días siguientes a la recepción de su solicitud.

### ***¿Qué puedo hacer si el plan deniega mi solicitud?***

Si nuestra decisión sobre su apelación no es totalmente favorable para usted, la notificación que usted reciba explicará su derecho a solicitar una Audiencia imparcial de Medicaid del Estado de Nueva York y cómo obtener una Audiencia imparcial, quién puede comparecer en su nombre en la Audiencia imparcial, y para algunas apelaciones, su derecho a solicitar la prestación de servicios mientras esté pendiente la audiencia y cómo realizar dicha solicitud.

**Nota: Debe solicitar una Audiencia imparcial dentro de los 120 días calendario desde la fecha de la Notificación de determinación final adversa.**

Si denegamos su apelación por razones de necesidad médica o porque el servicio en cuestión era experimental o de investigación, la notificación también informará cómo solicitar una “apelación externa” de nuestra decisión al Estado de Nueva York.

### ***Audiencias Imparciales del Estado***

Si nuestra decisión de apelación no se resuelve totalmente a su favor, usted puede solicitar una Audiencia imparcial de Medicaid del Estado de Nueva York dentro de los 120 días siguientes a la fecha en que le enviamos la notificación de nuestra decisión sobre su apelación.

Si su apelación involucra la restricción, reducción, suspensión o cancelación de servicios autorizados que usted está recibiendo actualmente, y usted ha solicitado una Audiencia imparcial, continuará recibiendo dichos servicios mientras espera la decisión sobre la Audiencia imparcial. Su solicitud de Audiencia imparcial se debe presentar dentro de los 10 días a partir de la fecha en que le enviamos la decisión sobre la apelación o a partir de la fecha efectiva prevista para nuestra Acción de restringir, reducir, suspender o cancelar sus servicios, lo que ocurra último.

Sus beneficios continuarán hasta que usted retire la solicitud de Audiencia imparcial o hasta que el funcionario a cargo de la Audiencia imparcial del Estado emita una decisión de audiencia contraria a su solicitud, lo que ocurra primero.

Si el funcionario a cargo de la Audiencia imparcial del Estado revierte nuestra decisión, deberemos asegurarnos de que usted reciba los servicios en cuestión inmediatamente y tan rápido como lo requiera su condición de salud, a más tardar dentro de las 72 horas a partir de la fecha en que el plan reciba la decisión de la Audiencia imparcial. Si mientras se tramitaba su apelación usted recibió los servicios en cuestión, seremos responsables del pago por los servicios cubiertos que ordene el funcionario a cargo de la Audiencia imparcial.

Aunque usted puede solicitar continuar recibiendo servicios mientras espera la decisión de la Audiencia imparcial, si la Audiencia imparcial no se resuelve a su favor, usted será responsable de pagar los servicios disputados en dicha Audiencia imparcial.

Puede realizar la solicitud de Audiencia imparcial del Estado contactándose con la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para pacientes con discapacidad:

- Formulario de solicitud en línea: <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
- Envíe un formulario de solicitud impreso por correo a:

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

- Envíe un formulario de solicitud impreso por fax a: (518) 473-6735
- Solicitud por teléfono:

Línea de audiencia estatal estándar – 1 (800) 342-3334  
Línea de audiencia estatal de emergencia – 1 (800) 205-0110  
Línea TTY – 711 (solicite al operador que llame al 1 (877) 502-6155)

- Solicitud en persona:

**New York City**  
14 Boerum Place – 1er piso  
Brooklyn, New York 11201

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

### ***Apelación Externa al Estado***

Si denegamos su apelación porque determinamos que el servicio no es necesario desde el punto de vista médico, es experimental o de investigación, usted puede solicitar una apelación externa al Estado de Nueva York. La decisión de la apelación externa es tomada por revisores que no trabajan para nosotros ni para el Estado de Nueva York. Estos revisores son personas calificadas que han sido aprobadas por el Estado de Nueva York. Usted no tiene que pagar nada para una apelación externa.

Cuando tomamos la decisión de denegar una apelación por falta de necesidad médica o porque el servicio es experimental o de investigación, le brindaremos información sobre cómo presentar una apelación externa, incluido un formulario para solicitar la apelación externa junto con nuestra decisión de denegar la apelación. Si usted desea realizar una apelación externa, debe presentar el formulario ante el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha en que denegamos su apelación.

Se tomará una decisión con respecto a su apelación externa dentro de un plazo de 30 días. Si el revisor a cargo de la apelación externa pide información adicional, es posible que se requiera más tiempo (hasta 5 días hábiles). El revisor le informará a

usted y nos informará a nosotros la decisión final dentro de los dos días hábiles siguientes a la fecha en que tome una decisión.

Si su médico declara que una demora causaría un daño grave a su salud, usted puede obtener una decisión acelerada. Esto se llama apelación externa acelerada. El revisor a cargo de la apelación externa debe resolver las apelaciones aceleradas en 3 días o menos. El revisor nos informará de inmediato a nosotros y a usted la decisión por teléfono o por fax. Luego, se le enviará una carta donde se detallará la decisión.

Usted puede solicitar una Audiencia imparcial y una apelación externa a la vez. Si solicita ambas, prevalecerá la decisión del funcionario a cargo de la Audiencia imparcial.

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

#### **Definiciones**

Revisión de Autorización Previa: revisión de una solicitud presentada por un Afiliado o un proveedor en nombre de un Afiliado, para la cobertura de un nuevo servicio (ya sea para un nuevo período de autorización o dentro de un período de autorización en curso) o una solicitud para cambiar un servicio según lo determinado en el plan de atención para un nuevo período de autorización, antes de que se proporcione dicho servicio al Afiliado.

Revisión Concurrente: revisión de la solicitud presentada por un Afiliado o un proveedor en nombre de un Afiliado para servicios adicionales (por ejemplo, más del mismo servicio) que se encuentran actualmente autorizados en el plan de atención o para servicios de atención de salud domiciliaria cubiertos por Medicaid después de una hospitalización.

Revisión Acelerada: el Afiliado tiene derecho a una revisión acelerada de su solicitud de autorización de servicios si el plan determina, o el proveedor indica, que una demora pondría en peligro grave la vida del Afiliado, su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar una función al máximo. El Afiliado puede solicitar una revisión acelerada de una Autorización Previa o de una Revisión Concurrente. Las apelaciones de acciones derivadas de una Revisión Concurrente deben ser tratadas como revisiones aceleradas.

#### **Disposiciones generales**

Cualquier Acción que tome el Contratista en relación con cuestiones de necesidad médica o con servicios experimentales o de investigación debe ser realizada por un revisor homólogo clínico según lo definido por PHL §4900(2)(a).



Las determinaciones adversas, excepto aquellas relacionadas con cuestiones de necesidad médica o con servicios experimentales o de investigación, deben ser emitidas por un profesional de atención médica con licencia, registrado o certificado cuando dicha determinación esté basada en una evaluación de la condición de salud del Afiliado o de la pertinencia del nivel, la duración o el método de prestación del servicio. Este requisito se aplica a las determinaciones que deniegan reclamos ya que los servicios en cuestión no son beneficios cubiertos cuando la cobertura depende de una evaluación de la condición de salud del Afiliado, y a las Solicitudes de Autorización de Servicios, entre otros, los servicios incluidos en el Paquete de Beneficios, las remisiones y los servicios prestados por proveedores que no pertenecen a la red.

Si el Afiliado desea presentar una apelación, el plan debe notificarle la disponibilidad de servicios de asistencia (para idioma, problemas de visión o del habla) y cómo acceder a dichos servicios de asistencia.

El Contratista utilizará los documentos modelo de notificaciones de Determinación Inicial Adversa de MLTC y 4687 de Acción Tomada del Departamento.

### **Plazos para la Determinación y Notificación de Autorización de Servicios**

1. Para solicitudes de Autorización Previa, el Contratista debe tomar una Determinación de Autorización de Servicios y notificar al Afiliado la determinación por teléfono y por escrito tan pronto como lo requiera la condición del Afiliado, y a más tardar:
  - a. Acelerada: Dentro de las setenta y dos (72) horas posteriores a la recepción de la Solicitud de Autorización de Servicios.
  - b. Estándar: Dentro de los catorce (14) días posteriores a la recepción de la Solicitud de Autorización de Servicios.
  
2. Para solicitudes de Revisión Concurrente, el Contratista debe tomar una Determinación de Autorización de Servicios y notificar al Afiliado la determinación por teléfono y por escrito tan pronto como lo requiera la condición del Afiliado, y a más tardar:
  - a. Acelerada: Dentro de las setenta y dos (72) horas posteriores a la recepción de la Solicitud de Autorización de Servicios.
  - b. Estándar: Dentro de los catorce (14) días posteriores a la recepción de la Solicitud de Autorización de Servicios.
  - c. En caso de una solicitud de servicios de atención de la salud en el hogar de Medicaid cubiertos después de una hospitalización, un (1) día hábil después de la recepción de la información necesaria; excepto cuando el día posterior a la Solicitud de Autorización de Servicios sea fin de semana o día festivo, en cuyo caso se deberán esperar setenta y dos (72) horas luego de la recepción de la información necesaria; no obstante, en ningún caso deberán transcurrir más de

tres (3) días hábiles después de la recepción de la Solicitud de Autorización de Servicios.

3. Hasta una extensión máxima de 14 días calendario. La extensión puede ser solicitada por el Afiliado o por el proveedor en nombre del Afiliado (en forma escrita o verbal). El plan también puede aplicar una extensión si puede justificar la necesidad de información adicional y si la extensión redunda en beneficio del Afiliado. En todos los casos, el motivo de la extensión debe estar bien documentado.
  - a. El Plan MLTC debe notificar al Afiliado la extensión aplicada por el plan al plazo de revisión de su solicitud de servicio. El Plan MLTC debe explicar la razón de la demora y por qué la demora redunda en beneficio del Afiliado. El Plan MLTC debe solicitar cualquier información adicional requerida para realizar una determinación o redeterminación y ayudar al Afiliado indicando las potenciales fuentes de la información solicitada.
4. El Afiliado o el proveedor pueden apelar la decisión. Consulte la sección Procedimientos de Apelación.
5. Si el plan rechaza la solicitud de revisión acelerada del Afiliado, administrará la solicitud como revisión estándar.
  - a. El Contratista debe notificar al Afiliado si se rechaza su solicitud de revisión acelerada, y en este caso la solicitud de servicios del Afiliado se revisará en el plazo de revisión estándar.

### **Otros Plazos para Notificación de Acción**

1. Cuando el Contratista pretende restringir, reducir, suspender o cancelar un servicio previamente autorizado dentro de un período de autorización, ya sea como resultado de una Determinación de Autorización de Servicios o de otra Acción, debe proporcionarle al Afiliado una notificación por escrito al menos diez (10) días antes de la fecha de entrada en vigor de la Acción propuesta, excepto cuando:
  - a. el período de notificación anticipada se reduzca a cinco (5) días en los casos en que se confirma fraude del Afiliado; o
  - b. el contratista puede enviar la notificación por correo a más tardar en la fecha de la Acción para los siguientes casos:
    - i. muerte del Afiliado;
    - ii. una declaración escrita firmada por el Afiliado solicitando la cancelación del servicio o brindando información para la cancelación o reducción del servicio (cuando el Afiliado comprenda que debe ser resultado de haber proporcionado la información con dicho fin);
    - iii. la admisión del Afiliado en una institución en la que el Afiliado no es elegible para recibir servicios adicionales;

- iv. se desconoce la dirección del Afiliado y los correos enviados al Afiliado regresaron con la leyenda de que no tienen la dirección del remitente;
  - v. el Afiliado ha sido aceptado para recibir servicios de Medicaid en otra jurisdicción; o
  - vi. el médico del Afiliado prescribe un cambio en el nivel de atención médica.
- c. Para CBLTCS e ILTSS, cuando el contratista intenta reducir, suspender o cancelar un servicio previamente autorizado o emitir una autorización para un nuevo período de autorización con un nivel o una cantidad menor de atención que los autorizados previamente, debe proporcionar al Afiliado una notificación por escrito al menos diez (10) días antes de la fecha de entrada en vigor de la Acción propuesta, independientemente de la fecha de vencimiento del período de autorización original, excepto bajo las circunstancias descritas en 1(a)-(b).
- i. Para CBLTCS e ILTSS, cuando el contratista pretenda reducir, suspender o cancelar un servicio previamente autorizado o emitir una autorización para un nuevo período de autorización con un nivel o una cantidad menor de atención que los autorizados previamente, el contratista no deberá establecer como fecha de entrada en vigor de la Acción un día no laborable, salvo que el Contratista proporcione atención telefónica disponible las veinticuatro (24) horas, los siete (7) días de la semana, para aceptar y responder Quejas, Apelaciones de Quejas y Apelaciones de Acción.
- d. El Contratista debe enviar por correo una notificación por escrito al Afiliado en la fecha de la Acción si dicha Acción consiste en la denegación de un pago, sea total o parcial.
- e. Si el Contratista no llega a una decisión dentro de los plazos de Determinación de Autorización de Servicio que se describen en este Apéndice, se considerará que ha emitido una Determinación Adversa, y el Contratista deberá enviar una notificación de Acción al Afiliado en la fecha de vencimiento de los plazos.

### **Contenidos de las Notificaciones de Acción**

1. El Contratista debe utilizar el modelo de notificación de Determinación Adversa Inicial de MLTC para todas las acciones, salvo aquellas que pretendan restringir el acceso a proveedores en virtud del programa de restricción de beneficiarios.
2. Para aquellas acciones que pretendan restringir el acceso a proveedores en virtud del programa de restricción de beneficiarios, la notificación de Acción debe informar, según corresponda:
  - a. la fecha en que comenzará la restricción;
  - b. el efecto y alcance de la restricción;
  - c. la razón de la restricción;
  - d. el derecho del beneficiario a una apelación;

- e. las instrucciones para solicitar una apelación y el derecho a la continuación de los cuidados si la solicitud es realizada antes de la fecha de entrada en vigor de la Acción prevista o dentro de los 10 días siguientes al envío de la notificación, lo que ocurra último;
- f. el derecho del Contratista a designar a un proveedor primario para el beneficiario;
- g. el derecho del beneficiario a seleccionar a un proveedor primario dentro de las dos semanas siguientes a la fecha de notificación de intención de restricción, si el Contratista le proporciona al beneficiario una oferta limitada de proveedores primarios;
- h. el derecho del beneficiario a solicitar un cambio de proveedor primario cada tres meses, o antes si proporciona causa suficiente;
- i. el derecho a una conferencia con el Contratista para conversar sobre la razón de la intención de restricción y el efecto que tendrá la restricción;
- j. el derecho del beneficiario a explicar y presentar documentación, ya sea en una conferencia o por envío, demostrando la necesidad médica de cualquier servicio que identifique como servicio de uso indebido en el Paquete de Información para el Beneficiario;
- k. el nombre y número telefónico de la persona de contacto para programar conferencias;
- l. el hecho de que una conferencia no implica postergar la fecha de entrada en vigor que figura en la notificación de intención de restricción;
- m. el hecho de que la conferencia no anula ni reduce el derecho del beneficiario a una Audiencia imparcial;
- n. el derecho del beneficiario a examinar el expediente de su caso; y
- o. el derecho del beneficiario a examinar los registros del Contratista donde se identifican los servicios de MA pagados por el beneficiario o en su nombre. Esta información generalmente se identifica como “detalle de reclamo” o “perfil del beneficiario”.