



## **Adición al Manual para Miembros de WellCare Advocate Quejas y Apelaciones**

WellCare hará todo lo que está a su alcance para abordar sus inquietudes o problemas lo antes posible y para su satisfacción. Puede utilizar nuestro proceso de quejas o de apelación, según el tipo de problema que usted tenga.

No cambiaremos sus servicios ni será tratado de manera diferente por personal de (ingrese nombre del plan) o su proveedor de atención de salud por presentar una protesta o una apelación. Mantendremos su privacidad. Le daremos toda la ayuda que necesite para presentar una protesta o apelación. Esto incluye brindarle servicios de interpretación o ayuda si tiene problemas de visión y/o audición. Puede elegir a alguien (un familiar, amigo o proveedor) para actuar en su nombre.

Para presentar una queja o una apelación a un plan de acción, llame a Servicios para Miembros.

Llame de lunes a viernes, de 8.00 a.m. a 6.00 p.m. al **1-877-395-4282 (TTY 711)**.

Si llama fuera del horario de atención, deje un mensaje. Le llamaremos en el próximo día hábil. Le avisaremos si necesitamos más información para decidir. O escriba a:

**WellCare Health Plans  
P.O. Box 31384  
Tampa, FL 33631-3384**

Cuando se comunique con nosotros, deberá indicarnos su nombre, dirección, número de teléfono y los detalles de su problema.

### ***¿Qué es una Queja?***

Una queja es cualquier comunicación de su parte hacia nosotros de insatisfacción sobre el cuidado y tratamiento que recibe del personal o proveedores de los servicios cubiertos. Por ejemplo, si alguien fue grosero o usted no estuvo conforme con la calidad de la atención o de servicios que recibió de nosotros, puede presentar una queja.

## ***El Proceso de Quejas***

Puede presentarnos una queja de forma oral o escrita. La persona que reciba la queja la registrará, y personal adecuado del plan supervisará y revisará la queja. Le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido su queja y una descripción del proceso de revisión. Analizaremos su queja y le daremos una respuesta por escrito dentro de uno de los dos siguientes plazos:

1. Si una demora puede aumentar considerablemente el riesgo para su salud, tomaremos una decisión dentro de las 48 horas tras haber recibido la información necesaria, pero el proceso debe completarse dentro de los 7 días tras la recepción de la queja.
2. Para todo tipo de quejas, le comunicaremos nuestra decisión dentro de los 45 días tras haber recibido toda la información necesaria, pero el proceso debe completarse en un plazo de 60 días después de haber recibido la queja.

Nuestra respuesta describirá lo que hemos encontrado al revisar su queja y nuestra decisión sobre ella.

## ***¿Cómo apelo la decisión de una queja?***

Si no está satisfecho con nuestra decisión sobre su queja, puede solicitar una segunda revisión de su problema presentando una apelación de queja. Debe presentar la apelación de queja por escrito. Debe ser presentada en un plazo de 60 días hábiles a partir de la fecha en que recibe nuestra primera decisión sobre su queja. Una vez que recibamos su apelación, le escribiremos, comunicándole el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona designada para responder a su apelación. Las apelaciones de protestas serán llevadas a cabo por profesionales adecuados, incluyendo profesionales de cuidado de la salud para quejas relacionadas con asuntos clínicos, quienes no estuvieron involucrados en la primera decisión.

Para las apelaciones estándar, decidiremos dentro de los 30 días hábiles después de recibir toda la información necesaria para tomar una decisión. Si un retraso en nuestra decisión pudiera poner en riesgo su salud, utilizaremos el proceso de apelación de queja abreviada. Para las apelaciones de queja abreviadas, tomaremos nuestra decisión dentro de los 2 días hábiles tras haber recibido la información necesaria. Tanto para las apelaciones de queja abreviadas como para las estándar, enviaremos una notificación por escrito de nuestra decisión. Esta notificación incluirá los detalles de nuestra decisión y, para asuntos clínicos, los motivos clínicos de nuestra decisión.

### ***¿Qué es una acción?***

Cuando (ingrese nombre del plan) rechaza o limita los servicios solicitados por usted o su proveedor; rechaza la solicitud de remisión; decide que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; restringe, reduce, suspende o finaliza los servicios que ya habíamos autorizado; rechaza el pago por los servicios; no presta servicios a tiempo; o no decide sobre las quejas o apelaciones dentro de los plazos requeridos, esos casos son considerados “acciones” del plan. Una acción está sujeta a una apelación. (Consulte “¿Cómo presento una apelación de una acción?” a continuación para obtener más información.)

### ***Tiempo para la notificación de acción***

Si decidimos rechazar o limitar los servicios que solicita, o decidimos no pagar parte o la totalidad de un servicio cubierto, le enviaremos una notificación cuando tomemos la decisión. Si proponemos restringir, reducir, suspender o finalizar un servicio que está autorizado, le enviaremos una carta al menos 10 días antes de que cambiemos el servicio.

### ***Contenidos de la notificación de acción***

Cualquier notificación que le enviemos acerca de una acción:

- Explicará la acción que hemos tomado o que pretendemos tomar;
- Citará los motivos de la acción, incluida la lógica clínica, de existir;
- Describirá su derecho a presentar una apelación ante nosotros (incluso si tiene también el derecho a un proceso de apelación externa del estado);
- Describirá cómo presentar una apelación interna y las circunstancias en las que puede solicitar que aceleremos (expeditemos) nuestra revisión de su apelación interna;
- Describirá la disponibilidad de los criterios de revisión clínica utilizados para tomar la decisión, si la acción implica asuntos de necesidad médica o si el tratamiento o servicio en cuestión fue experimental o de investigación;
- Describirá la información, si la hay, que usted y/o su proveedor deben brindar para que adoptemos una decisión sobre la apelación.

Si decidimos restringir, reducir, suspender o finalizar un servicio autorizado, la notificación además le informará sobre su derecho a continuar con sus servicios mientras se decide su apelación; cómo solicitar que continúen los servicios; y las

circunstancias en las que tendrá que pagar para continuar con los servicios mientras nosotros revisamos su apelación.

### ***¿Cómo presento una apelación de una acción?***

Si no está de acuerdo con una acción que hayamos tomado, puede presentar una apelación. Cuando presenta una apelación, esto significa que debemos examinar nuevamente el motivo de nuestra acción para decidir si fue la correcta. Puede presentar una apelación de una acción con el plan en forma oral o escrita. Cuando el plan le envía una carta sobre una acción que se está adoptando (como rechazar o limitar los servicios, o no pagar por los servicios), debe presentar una solicitud de apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha que figura en la carta que le notifica la acción.

### ***¿Cómo me comunico con mi plan para presentar una apelación?***

Puede comunicarse con nosotros llamando a Servicios para Miembros. Llame de lunes a viernes, de 8.00 a.m. a 6.00 p.m. al **1-877-395-4282 (TTY 711)**. Si llama fuera del horario de atención, deje un mensaje. Le llamaremos en el próximo día hábil. O escriba a:

**WellCare Health Plans  
P.O. Box 31384  
Tampa, FL 33631-3384**

La persona que reciba la apelación la registrará, y personal adecuado supervisará y revisará la apelación. Le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido su apelación e incluiremos una copia del archivo de su caso, incluyendo registros médicos y otros documentos usados para tomar la decisión original. Su apelación será revisada por el personal clínico experto que no estuvo involucrado en la primera decisión del plan o en la acción que usted está apelando.

### ***Para ciertas acciones puede solicitar continuar con el servicio durante la apelación*** ***Proceso***

Si está apelando una restricción, reducción, suspensión o finalización de servicios que está actualmente autorizado a recibir, puede solicitar continuar recibiendo estos servicios mientras se decide su apelación. Debemos continuar brindando su servicio si realiza su solicitud antes de los 10 días desde la fecha de notificación de nuestra

restricción, reducción, suspensión o finalización de servicios o la fecha pretendida de entrada en vigencia de la acción propuesta, lo que ocurra lo último.

Los servicios continuarán hasta que usted retire su apelación, o hasta los 10 días posteriores al envío de la notificación sobre nuestra decisión de apelación, si nuestra decisión no está a su favor, a menos que haya solicitado una audiencia imparcial del estado de New York con continuación de servicios. (Consulte la sección “Audiencia imparcial” a continuación.)

A pesar de que puede solicitar continuar con los servicios mientras su apelación está bajo revisión, si la apelación no se decide a su favor, podrá tener que pagar por estos servicios si fueron proporcionados solo porque usted solicitó seguir recibéndolos mientras se revisaba su caso.

### ***¿Cuánto tiempo tardará el Plan en decidir mi apelación de una acción?***

A menos que haya solicitado una revisión abreviada, revisaremos la apelación de la acción como una apelación estándar y le enviaremos la decisión por escrito tan rápido como su condición de salud lo requiera, pero no más de 30 días desde el día en que recibimos la apelación. (El período de revisión puede aumentarse hasta 14 días si usted solicita una extensión o si necesitamos más información y la demora es de su mejor interés.) Durante nuestra revisión, podrá presentar su caso en persona o por escrito. También tendrá la oportunidad de examinar cualquier registro que forme parte de su revisión de apelación.

Le enviaremos una notificación sobre nuestra decisión de la apelación, que especificará la decisión tomada y la fecha en que llegamos a esa decisión.

Si revocamos nuestra decisión de rechazar o limitar los servicios solicitados, o restringimos, reducimos, suspendemos o finalizamos los servicios, y los servicios no fueron prestados mientras su apelación estaba pendiente, le proporcionaremos los servicios en disputa tan pronto como su afección médica lo requiera. En algunos casos, usted puede solicitar una apelación “abreviada”. (Consulte la sección “Proceso de apelación abreviada” a continuación.)

### ***Proceso de apelación abreviada***

Si usted o su proveedor considera que el tiempo para una apelación estándar podría resultar en un problema grave para su salud o su vida, puede solicitar una revisión

abreviada de una apelación. Le responderemos con nuestra decisión dentro de las 72 horas. En ningún caso, el tiempo de emitir nuestra decisión será de más de 72 horas luego de recibir su apelación. (El período de revisión puede aumentarse hasta 14 días si usted solicita una extensión o si necesitamos más información y la demora es de su mejor interés.)

Si no estamos de acuerdo con su solicitud de abreviar su apelación, haremos nuestro mayor esfuerzo para comunicarnos con usted en persona para informarle que hemos rechazado su solicitud de apelación abreviada y la tomaremos como una apelación estándar. Además, le enviaremos una notificación escrita de nuestra decisión de rechazar su solicitud para una apelación abreviada dentro de los 2 días después de recibir su solicitud.

### ***¿Qué puedo hacer si el plan rechaza mi apelación?***

Si nuestra decisión sobre la apelación no es totalmente a su favor, la notificación que reciba explicará su derecho a solicitar una audiencia imparcial de Medicaid del estado de New York y cómo obtener una audiencia imparcial, quién puede asistir a ella en su nombre y, para algunas apelaciones, su derecho a solicitar recibir servicios mientras la audiencia está pendiente y cómo hacer la solicitud.

**Nota: Debe solicitar una audiencia imparcial dentro de los 120 días calendarios posteriores a la fecha de la notificación de la determinación final adversa.**

Si rechazamos su apelación debido a asuntos de necesidad médica o porque el servicio en cuestión fue experimental o de investigación, la notificación explicará también cómo solicitar al estado de New York una “apelación abreviada” de nuestra decisión.

### ***Audiencias imparciales del estado***

Si nuestra decisión sobre la apelación no es totalmente a su favor, puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid al estado de New York dentro de los 120 días desde la fecha en que se envió la notificación sobre nuestra decisión de su apelación.

Si su apelación involucraba restricción, reducción, suspensión o finalización de servicios autorizados que está recibiendo actualmente, y usted solicitó una audiencia imparcial, usted seguirá recibiendo estos servicios mientras espera la decisión de la audiencia imparcial. Su solicitud de una audiencia imparcial debe ser hecha dentro de los 10 días desde la fecha que se envió la decisión de apelación o desde la fecha

pretendida de entrada en vigencia de nuestra acción de restringir, reducir, suspender o finalizar sus servicios, lo que ocurra lo último.

Los beneficios continuarán hasta que retire la audiencia imparcial; o hasta que el funcionario de la audiencia imparcial del estado emita una decisión de audiencia que no es a su favor, lo que ocurra primero.

Si el funcionario de la audiencia imparcial del estado revoca nuestra decisión, le garantizaremos recibir los servicios en disputa de inmediato, tan pronto como su afección médica lo requiera, pero no más de 72 horas desde la fecha en que el plan recibe la decisión de la audiencia imparcial. Si recibe sus servicios en disputa mientras su apelación está pendiente, seremos responsables del pago de los servicios cubiertos solicitados por el funcionario de la audiencia imparcial.

Aunque usted solicite que sus servicios continúen mientras espera la decisión de la audiencia imparcial, si no se decide a su favor, deberá ser responsable del pago de esos servicios que fueron sujeto de la audiencia imparcial.

Puede presentar una audiencia Imparcial del estado comunicándose con la Office of Temporary and Disability Assistance.

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

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 por fax un formulario de solicitud imprimible: (518) 473-6735
- Solicite por teléfono:

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

- Solicite en persona:

**New York City**  
14 Boerum Place, 1st Floor  
Brooklyn, New York 11201

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

### ***Apelaciones externas del estado***

Si rechazamos su apelación porque determinamos que el servicio no es médicamente necesario o es experimental o de investigación, puede pedir una apelación externa del estado de New York. La apelación externa la deciden revisores que no trabajan para el estado de New York. Estos revisores son personas calificadas y aprobadas por el estado de New York. No es necesario pagar por una apelación externa.

Cuando tomamos la decisión de rechazar una apelación por falta de necesidad médica o porque el servicio es experimental o de investigación, le explicaremos cómo presentar una apelación externa, incluyendo un formulario en el que puede presentar una apelación externa, junto con nuestra decisión de rechazar una apelación. Si desea una apelación externa, debe presentar el formulario ante el Departamento de Servicios Financieros del estado de New York dentro de los cuatro meses después de la fecha en que rechazamos su apelación.

Su apelación externa será decidida dentro de los 30 días. Se necesitará más tiempo (hasta 5 días hábiles) si el revisor de la apelación externa solicita más información. El revisor le informará a usted y a nosotros sobre la decisión final dentro de los dos días hábiles después de que se haya tomado la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si su médico afirma que una demora causará serios daños a su salud. Esto se denomina apelación externa abreviada. El revisor de la apelación externa decidirá una apelación abreviada en 3 días o menos. El revisor le comunicará de inmediato a usted y a nosotros la decisión por teléfono o fax. Más adelante se enviará una carta con la decisión.

Puede solicitar tanto una audiencia imparcial como una apelación externa. Si pide una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión del funcionario de la audiencia imparcial será “la que cuenta”.



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

#### **Definiciones**

Revisión de autorización previa: revisión de solicitud del afiliado, o proveedor en representación del afiliado, de cobertura de un nuevo servicio (ya sea para un nuevo período de autorización o dentro de un período de autorización existente) o de solicitud de cambio de un servicio determinado en el plan de salud por un nuevo período de autorización, antes de que se provea dicho servicio al afiliado.

Revisión concurrente: revisión de solicitud de un afiliado, o proveedor en representación del afiliado, de servicios adicionales (por ejemplo, más del mismo) que están actualmente autorizados en el plan de cuidado o cubiertos por Medicaid de los servicios de cuidado de la salud en el hogar después de una admisión como paciente internado.

Revisión abreviada: El afiliado debe recibir una revisión abreviada de su Solicitud de Autorización de Servicios cuando el plan lo determine o cuando un proveedor indique que un retraso puede dañar seriamente la vida, la salud del afiliado, o su habilidad de alcanzar, mantener o recuperar su máxima función. El afiliado puede solicitar una revisión abreviada de una Revisión de autorización previa o concurrente. Las apelaciones de acciones que resulten de una Revisión concurrente se gestionan como abreviadas.

#### **Disposiciones Generales**

Cualquier acción tomada por el contratista en cuanto a necesidad médica o servicios experimentales o de investigación, debe realizarse por un colega clínico revisor, como lo define la PHL §4900(2)(a).

Las Determinaciones adversas, aquellas que no sean por necesidad médica o servicios experimentales o de investigación, deben realizarse por un profesional del cuidado de la salud licenciado, certificado o registrado, cuando dicha determinación está basada en una evaluación del estado de salud del afiliado o la adecuación del nivel, cantidad o método de entrega del cuidado. Este requisito se aplica a determinaciones que rechazan apelaciones porque los servicios en cuestión no son beneficios cubiertos cuando la cobertura depende de la evaluación del estado de salud del afiliado, y se aplica a solicitudes de autorización para servicios, por ejemplo: servicios incluidos en el paquete de beneficios, remisiones y servicios fuera de la red.

El plan debe notificar a los miembros la disponibilidad de la asistencia (para problemas de lenguaje, audición o habla), si el miembro quiere presentar una apelación, y cómo acceder a ella.

El contratista podrá utilizar el modelo MLTC de la determinación adversa inicial del Departamento y las notificaciones de acciones tomadas de 4687 MLTC.

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

1. Para las solicitudes de Autorización Previa, el contratista deberá realizar una determinación de autorización de servicio y notificar al afiliado la determinación por teléfono y por escrito tan pronto como requiera la condición del afiliado, y no más de:
  - a. Abreviada: Setenta y dos (72) horas tras haber recibido la Solicitud de autorización de servicio
  - b. Estándar: Catorce (14) días de haber recibido la Solicitud de autorización de servicio
  
2. Para las Solicitudes de Revisiones Concurrentes, el contratista deberá realizar una determinación de autorización de servicio y notificar al afiliado de la determinación por teléfono y por escrito tan pronto como requiera la condición del afiliado, y no más de:
  - a. Abreviada: Setenta y dos (72) horas de haber recibido la Solicitud de autorización de servicio
  - b. Estándar: Catorce (14) días de haber recibido la Solicitud de autorización de servicio
  - c. En el caso de una solicitud para servicios de cuidado de la salud en el hogar cubiertos por Medicaid después de una admisión como paciente internado, un (1) día hábil después de recibir la información necesaria; excepto cuando el día después de la Solicitud de autorización de servicio caiga en un fin de semana o feriado, setenta y dos (72) horas después de recibir la información necesaria; pero, en cualquier caso, no más de tres (3) días hábiles después de recibir la Solicitud de autorización de servicio.
  
3. Extensión hasta el día calendario 14. El afiliado o el proveedor en representación del afiliado podrán solicitar la extensión (escrita o verbal). El plan podrá también

iniciar una extensión si justifica la necesidad de información adicional y si la extensión es para beneficio del afiliado. En todos los casos, la razón de extensión debe estar bien documentada.

- a. El Plan MLTC debe notificar al afiliado de la extensión de la fecha límite del plan iniciado, para la revisión de su solicitud de servicio. El Plan MLTC debe explicar la razón del retraso y cómo este es para beneficio del afiliado. El Plan MLTC debe solicitar cualquier información adicional requerida para ayudar a realizar una determinación o redeterminación, y ayudar al afiliado a hacer una lista de fuentes posibles de información solicitada.
4. El afiliado o el proveedor pueden apelar la decisión – consulte Procedimientos de apelaciones
  5. Si el plan rechaza la solicitud del afiliado de una revisión abreviada, el plan se toma como revisión estándar.
    - a. El contratista debe notificar al afiliado si su solicitud de revisión abreviada fue rechazada, y que la solicitud de servicio del afiliado será revisada en los plazos estándares.

### **Otros plazos para notificaciones de acción**

1. Cuando el contratista intenta restringir, reducir, suspender o finalizar un servicio previamente autorizado dentro de un período de autorización, ya sea como resultado de una Determinación de autorización de servicio u otra acción, debe proporcionarle al afiliado una notificación escrita al menos diez (10) días antes de la fecha de entrada en vigencia de la acción pretendida, excepto cuando:
  - a. el período de notificación anticipada es acortado a cinco (5) días en casos de fraude confirmado del afiliado; o
  - b. el contratista puede enviar por correo una notificación antes de la fecha de la acción por:
    - i. muerte del afiliado;
    - ii. una declaración escrita firmada del afiliado solicitando la finalización de servicio o dando información necesaria para la finalización o reducción de servicios (en que el afiliado entiende que esto debe ser resultado de aportar la información);

- iii. el ingreso del afiliado a una institución donde el afiliado no es elegible para servicios adicionales;
  - iv. la dirección del afiliado es desconocida y el correo enviado al afiliado fue devuelto diciendo que no existe la dirección;
  - v. el afiliado ha sido aceptado para servicios de Medicaid de otra jurisdicción;  
o
  - vi. el médico del afiliado indica un cambio en el nivel de cuidado médico.
- c. Para CBLTCS e ILTSS, cuando el contratista intenta reducir, suspender o finalizar un servicio previamente autorizado, o emite una autorización para un nuevo período que es menor en nivel o cantidad que el autorizado previamente, debe notificar al afiliado con una notificación por escrito al menos diez (10) días antes de la fecha de entrada en vigencia de la acción pretendida, independientemente de la fecha de expiración del período de autorización original, excepto bajo circunstancias descritas en 1(a)-(b).
- i. Para CBLTCS e ILTSS, cuando el contratista intenta reducir, suspender o finalizar un servicio previamente autorizado, o emite una autorización para un nuevo período que es menor en nivel o cantidad que el autorizado previamente, el contratista no establecerá la fecha de entrada en vigencia de la acción un día no hábil, a menos que el contratista provea cobertura telefónica "en vivo" disponible las veinticuatro (24) horas, los siete (7) días de la semana para aceptar y responder las Quejas, Apelaciones de queja y Apelaciones de acciones.
- d. El contratista deberá enviar por correo una notificación al afiliado de la fecha de acción cuando la acción es negación de pago, en parte o en su totalidad.
- e. Cuando el contratista no realiza una determinación dentro de los plazos de la Determinación de autorización de servicio descrito en este Apéndice, se considera una Determinación adversa y el contratista debe enviar una notificación de acción al afiliado en la fecha en que el plazo expira.

### **Contenido de notificaciones de acción**

1. El contratista debe utilizar el modelo de notificación MLTC de la determinación adversa inicial para todas las acciones, excepto para acciones basadas en intento de restricción de acceso a proveedores bajo un programa de restricción de beneficiarios.

2. Para acciones basadas en el intento de restringir el acceso a los proveedores bajo un programa de restricción de beneficiarios, la notificación de la acción debe incluir lo siguiente, si aplica:
  - a. la fecha en que comienza la restricción;
  - b. el efecto y alcance de la restricción;
  - c. la razón de la restricción;
  - d. el derecho de apelación del beneficiario;
  - e. instrucciones para solicitar una apelación incluyendo el derecho de recibir ayuda para continuar si la solicitud se realiza antes de la fecha de entrada en vigencia de la acción pretendida, o 10 días posteriores al envío de las notificaciones, lo que sea posterior;
  - f. el derecho del contratista de designar a un proveedor primario para el beneficiario;
  - g. el derecho del beneficiario de elegir un proveedor primario dentro de las dos semanas desde la fecha de notificación de intento de restricción, si el contratista provee al beneficiario una selección limitada de proveedores primarios;
  - h. el derecho del beneficiario de solicitar un cambio de proveedor primario cada tres meses, o antes de este tiempo por una buena causa;
  - i. el derecho a una conferencia con el contratista para tratar sobre la razón y el efecto de la restricción pretendida;
  - j. el derecho del beneficiario a explicar y presentar documentación, ya sea en conferencia o en presentación, mostrando la necesidad médica de cualquier servicio citado como uso indebido en el Paquete de información del beneficiario;
  - k. el nombre y número de teléfono de la persona con quien comunicarse para coordinar una conferencia;
  - l. el hecho de que una conferencia no suspende la fecha de entrada en vigencia escrita en la notificación de intento de restricción;
  - m. el hecho de que la conferencia no toma el lugar ni reduce el derecho del beneficiario a una audiencia imparcial;
  - n. el derecho del beneficiario a examinar los registros de su caso; y
  - o. el derecho del beneficiario a examinar los registros que guarda el contratista, que puede identificar servicios MA pagados en nombre del beneficiario. Generalmente, esta información se denomina información de "detalle de apelación" o "perfil del beneficiario".