

Вложение к справочному пособию участника WellCare Advocate Жалобы и обжалование решений

WellCare прилагает все усилия для максимально оперативного рассмотрения ваших жалоб и обращений и принятия решений в вашу пользу. В зависимости от существующей проблемы мы будем прибегать к процедуре работы с жалобами и обращениями или обжалования решения по жалобе.

Подача вами претензии или заявления на обжалование не повлечет никаких изменений в оказываемых вам услугах либо вашем лечении специалистами (указать название плана) или поставщиком медицинских услуг. Мы обязуемся обеспечивать вашу конфиденциальность. Мы предложим любую помощь, которая может потребоваться вам при подаче жалобы или заявления на обжалование. Например, предоставим вам услуги переводчика либо при наличии у вас нарушений зрения или слуха окажем вам необходимую помощь. Вы можете выбрать доверенное лицо (друга, родственника или поставщика услуг), которое будет действовать от вашего имени.

Чтобы подать жалобу или обжаловать решение представителей плана, позвоните в отдел обслуживания участников.
Звоните по номеру **1-877-395-4282** с 08:00 до 18:00 с понедельника по пятницу (телетайп **711**).

Если рабочий день уже окончен, вы можете оставить сообщение. Мы перезвоним вам на следующий рабочий день. Если для принятия решения нам нужна будет дополнительная информация, мы сообщим вам. Вы также можете отправить нам письмо на следующий адрес:

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

При обращении к нам вам нужно будет указать свое имя, адрес, номер телефона и подробную информацию о проблеме.

Что такое жалоба

Жалоба – это любое ваше сообщение нам о своей неудовлетворенности уходом и лечением, которое вы получаете от наших сотрудников или поставщиков услуг,

покрываемых планом страхования. Например, вы можете подать жалобу, если кто-то был груб с вами или вас не устроило качество предоставленного нами обслуживания.

Работа с жалобами и обращениями

Вы можете подать жалобу в письменной или устной форме. Лицо, принявшее жалобу, регистрирует ее, и ответственный сотрудник программы будет контролировать рассмотрение вашего обращения. Мы вышлем вам письмо с подтверждением получения вашей жалобы и описанием процедуры рассмотрения. Мы рассмотрим вашу жалобу и дадим письменный ответ в один из двух указанных ниже сроков.

1. Если задержка будет угрожать вашему здоровью, решение будет принято в течение 48 часов после получения всей необходимой информации, но процедура рассмотрения жалобы будет завершена в течение 7 дней со дня ее получения.
2. В отношении других жалоб мы уведомим вас о своем решении в течение 45 дней со дня получения всей необходимой информации, но процедура рассмотрения жалобы в целом должна быть завершена в течение 60 дней со дня ее получения.

В своем ответе мы изложим факты, которые нам удалось установить в процессе рассмотрения, а также принятое по вашей жалобе решение.

Как обжаловать решение по жалобе

Если вас не устраивает решение, принятое по результатам рассмотрения вашей жалобы, можно потребовать его пересмотра, подав заявление на обжалование. Заявление на обжалование решения должно направляться в письменном виде. Его необходимо подать в течение 60 рабочих дней после получения первоначального решения по жалобе. После получения нами заявления на обжалование вы получите письменное подтверждение с указанием имени и фамилии, адреса и номера телефона лица, уполномоченного рассмотреть ваше обращение. Все заявления на обжалование решений будут рассматриваться компетентными специалистами. Жалобы, касающиеся клинических вопросов, будут рассматриваться медицинскими работниками, которые не принимали участия в принятии первоначального решения.

Заявления на обжалование решений по общим вопросам будут рассматриваться представителями нашей программы с вынесением решения в течение 30 рабочих дней после получения всей необходимой для этого информации. Если задержка в принятии решения будет представлять риск для вашего здоровья, мы рассмотрим заявление на обжалование по ускоренной процедуре. В этом случае решение будет принято в течение 2 рабочих дней с момента получения необходимой информации. При рассмотрении обжалования как по стандартной, так и по ускоренной процедуре мы направим вам письменное уведомление о нашем решении. Это уведомление будет содержать подробное описание причин, по которым мы приняли именно такое решение, а в случаях, касающихся клинических вопросов, и клиническое обоснование.

Что такое отказ

Отказами со стороны плана (указать название плана) считаются отказы и ограничения в отношении услуг, запрашиваемых вами или вашим поставщиком услуг, отказы в выдаче направления, решения о том, что запрашиваемая услуга не входит в страховой пакет, ограничение, сокращение объема, приостановка или прекращение предоставления разрешенной программой услуги, отказы оплачивать услуги, несвоевременное предоставление услуги, а также нарушение установленных сроков принятия решения по жалобе или заявлению на обжалование. Отказ можно обжаловать. Дополнительную информацию см. в разделе «Как обжаловать отказ» ниже.

Сроки уведомления об отказе

В случае принятия решения об отказе в предоставлении запрашиваемых вами услуг или об ограничении их объема, или о полном или частичном отказе в оплате услуг, входящих в программу страхования, мы направим вам соответствующее уведомление. Если мы намереваемся ограничить, сократить объем, приостановить или прекратить предоставление уже разрешенной услуги, вы получите соответствующее уведомление не позднее чем за 10 дней до планируемого внесения соответствующих изменений.

Содержание уведомления об отказе

В каждом полученном от нас уведомлении об отказе будет содержаться следующая информация:

- изложение сути отказа, решение о котором мы приняли или планируем принять;
- указание причин отказа, в том числе клиническое обоснование, если это применимо;
- разъяснение ваших прав на обжалование нашего решения (в частности, возможного права воспользоваться процедурой внешнего обжалования на уровне штата);
- описание процедуры внутреннего обжалования и обстоятельств, при которых вы можете требовать ускоренного рассмотрения заявления на внутреннее обжалование;
- описание критериев клинической оценки, на основе которых было принято решение, если отказ касается вопросов медицинских показаний или того, было ли рассматриваемое лечение либо услуга экспериментальными или проводимыми с целью исследования;
- перечень информации, которую вы (или ваш поставщик услуг) должны предоставить для вынесения решения по заявлению на обжалование.

В случае ограничения, сокращения объема, приостановки или прекращения предоставления разрешенной услуги в уведомлении также будут разъясняться: ваши права на дальнейшее получение услуг, пока рассматривается ваше заявление на обжалование; процедуры запроса на продолжение предоставления услуг; обстоятельства, при которых вам придется оплачивать услуги, оказываемые во время рассмотрения вашего заявления на обжалование решения.

Как обжаловать отказ

Если вы не согласны с отказом, можно его обжаловать. Когда вы подаете заявление на обжалование решения, мы повторно рассматриваем причины отказа, чтобы оценить его обоснованность. Вы можете подать заявление на обжалование решения в рамках плана в письменной или устной форме. Получив от нас уведомление о решении (например, об отказе в предоставлении услуги, ограничении ее объема либо отказе в оплате услуг), вы должны подать заявление на его обжалование в течение 60 дней с даты этого уведомления.

Как связаться со специалистами своего плана страхования для обжалования решения

С нами можно связаться, позвонив в отдел обслуживания клиентов. Звоните по номеру **1-877-395-4282** с 08:00 до 18:00 с понедельника по пятницу (телетайп **711**). Если рабочий день уже окончен, вы можете оставить сообщение. Мы перезвоним вам на следующий рабочий день. Можно также отправить нам письмо на адрес:

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

Лицо, принявшее обращение на обжалование, регистрирует его, и соответствующий сотрудник будет контролировать процедуру его рассмотрения. Мы вышлем вам письмо с уведомлением о том, что получили обращение на обжалование, и копией материалов вашего дела, включая медицинские данные и другие документы, которые использовались для принятия первоначального решения. Обжалование будет рассматриваться компетентным персоналом клиники, не участвовавшим в принятии первоначального решения по вашему плану или отказу, который вы оспариваете.

В некоторых случаях вы можете подать запрос на дальнейшее обслуживание в период обжалования решения.

Процедура

В случае обжалования решения по ограничению, сокращению объема, приостановке или прекращению оказания услуг, предусмотренных программой, вы можете запросить продолжить оказание этих услуг, пока обжалование находится на рассмотрении. Мы обязаны продолжить оказание услуг, если вы сделаете запрос не позднее чем через 10 дней с даты уведомления об ограничении, сокращении объема, приостановке или прекращении оказания услуг либо предполагаемой даты вступления в силу предлагаемого решения (в зависимости от того, что наступит позже).

Вы продолжите получать услуги до тех пор, пока не откажетесь от заявления на обжалование или до истечения 10-дневного периода после отправки уведомления о решении по обжалованию не в вашу пользу, если только не запросите объективное разбирательство Medicaid на уровне штата Нью-Йорк. (См. раздел об объективном разбирательстве ниже.)

Несмотря на то что у вас есть право потребовать продолжения предоставления услуг, пока рассматривается обжалование решения, вам, возможно, придется оплатить их, если решение по обжалованию будет принято не в вашу пользу и услуги предоставлялись только по вашей просьбе на период его пересмотра.

Время, в течение которого план принимает решение об отказе

Если от вас не поступит запрос об ускоренном рассмотрении, ваше обжалование будет рассмотрено в стандартные сроки. Решение в письменном виде будет направлено вам в сроки, при определении которых учитывалось состояние вашего здоровья, но не позднее чем через 30 дней после получения вашего запроса на обжалование. Время рассмотрения может быть увеличено еще на 14 дней, если вы запросите продление сроков или нам понадобится дополнительная информация и при этом задержка будет отвечать вашим интересам. В ходе рассмотрения обжалования у вас будет возможность защитить свою позицию лично или в письменном виде. Вы также сможете ознакомиться с любыми записями, касающимися рассмотрения обжалования.

Мы отправим вам уведомление о решении по вашему обращению, в котором будет указано принятое решение и дата его принятия.

Если мы изменим свое решение о полном или частичном отказе в предоставлении запрашиваемых услуг, их ограничении, сокращении объема, отсрочке или приостановлении, а эти услуги не оказывались во время рассмотрения вашего обжалования, мы предоставим вам оспариваемые услуги в сроки, при определении которых будет учтено состояние вашего здоровья. В некоторых случаях вы можете подать запрос на ускоренное рассмотрение (см. раздел «Процедура ускоренного обжалования» ниже).

Процедура ускоренного обжалования

Если вы или ваш поставщик услуг считаете, что при рассмотрении обжалования в стандартные сроки существует риск для вашего здоровья или жизни, можно потребовать ускоренного рассмотрения обжалования отказа. Мы уведомим вас о принятом решении в течение 72 часов. Ни при каких обстоятельствах время, затраченное на принятие решения, не будет превышать 72 часов с момента, как мы получим ваше заявление на обжалование. Время рассмотрения может быть увеличено еще на 14 дней, если вы запросите продление сроков или нам

понадобится дополнительная информация и при этом задержка будет отвечать вашим интересам.

Если мы не согласимся с вашей просьбой ускорить рассмотрение заявления на обжалование, то приложим все усилия, чтобы связаться с вами лично и уведомить вас, что мы отклонили ваш запрос на ускоренное рассмотрение, и обработаем ваше заявление в стандартные сроки. Кроме того, в течение 2 дней с момента получения вашего запроса мы отправим вам письменное уведомление о принятом нами решении отклонить ваш запрос об ускоренном рассмотрении.

Если специалисты плана страхования отказали в удовлетворении обжалования

Если решение по обжалованию будет принято не полностью в вашу пользу, в уведомлении, которое вы получите, будут разъяснены ваши права в отношении объективного разбирательства Medicaid на уровне штата Нью-Йорк и порядок его запроса, будет указано, кто может представлять вас в ходе этой процедуры, а также в некоторых случаях будут разъяснены ваши права на получение услуг, пока проводится указанное разбирательство, и процедура подачи соответствующего запроса.

Примечание. Запрос на проведение объективного разбирательства должен быть подан в течение 120 дней с даты уведомления об окончательном отрицательном решении.

Если ваше обжалование было отклонено нами из-за отсутствия медицинской необходимости или по причине того, что данная услуга имела экспериментальный либо исследовательский характер, мы также проконсультируем вас о том, как подать запрос на внешнее обжалование нашего решения в штате Нью-Йорк.

Объективные разбирательства

Если наше решение по обжалованию будет принято не полностью в вашу пользу, вы сможете запросить объективное разбирательство Medicaid на уровне штата Нью-Йорк в течение 120 дней с даты отправки вам уведомления об указанном решении.

Если заявление на обжалование касалось ограничения, сокращения объема, приостановления или прекращения оказания разрешенных услуг, получаемых вами в настоящий момент, и вы подали запрос на объективное разбирательство, вам продолжат оказывать эти услуги в течение периода, пока вы ожидаете решения этого разбирательства. Запрос на объективное разбирательство должен быть подан в течение 10 дней с даты отправки вам решения по обжалованию или предполагаемой даты вступления в силу ограничения, сокращения объема, приостановления или прекращения оказания услуг, в зависимости от того, что наступит позже.

Вы сможете пользоваться разрешенными преимуществами до тех пор, пока не прекратите объективное разбирательство или должностное лицо, ответственное за его проведение, не вынесет решение не в вашу пользу, в зависимости от того, что произойдет раньше.

Если должностное лицо, ответственное за проведение объективного разбирательства, отменит наше решение, мы будем обязаны незамедлительно предоставить вам оспариваемые услуги в срок, которого требует состояние вашего здоровья, но не позднее чем через 72 часа с даты получения планом решения объективного разбирательства. Если вы получали оспариваемые услуги, пока ваше обжалование находилось на рассмотрении, мы должны будем оплатить покрываемые страховкой услуги по решению лица, ответственного за объективное разбирательство.

Несмотря на то что у вас есть право потребовать продолжения предоставления услуг, пока рассматривается обжалование решения, вам, возможно, придется оплатить оспариваемые услуги, если решение по обжалованию в конечном итоге будет принято не в вашу пользу.

Вы можете подать заявление об объективном разбирательстве, обратившись в Службу временной помощи и помощи лицам с ограниченными возможностями.

- Форма для запроса через Интернет: <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>

- Адрес для отправки распечатанной формы с запросом:

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

- Номер факса для отправки распечатанной формы с запросом: (518) 473-6735
- Номера для запроса по телефону

Стандартная линия по объективным разбирательствам – 1 (800) 342-3334
Линия экстренной связи по объективным разбирательствам – 1 (800) 205-0110
Телетайп – 711 (попросите оператора позвонить по номеру 1 (877) 502-6155)

- Подача запроса лично:

New York City
14 Boerum Place, 1th Floor
Brooklyn, New York 11201

Более подробную информацию о том, как запросить объективное разбирательство, можно найти на этом сайте: <http://otda.ny.gov/hearings/request/>

Внешнее обжалование на уровне штата

Если мы отклоним ваше обжалование на основе того, что услуга не является необходимой с медицинской точки зрения или является экспериментальной либо исследовательской, вы можете обратиться к администрации штата Нью-Йорк за внешним обжалованием. Решение по внешнему обжалованию принимается экспертами, не работающими на нас или штат Нью-Йорк. Эти эксперты являются квалифицированными лицами, утвержденными штатом Нью-Йорк. Процедура внешнего обжалования не повлечет для вас каких бы то ни было расходов.

Если мы примем решение об отказе в удовлетворении обжалования из-за отсутствия медицинской необходимости в услуге либо в связи с тем, что услуга является экспериментальной или исследовательской, мы предоставим вам информацию о том, как подать запрос на внешнее обжалование, в том числе бланк заявления, а также наше решение об отказе в удовлетворении обжалования. Если вы хотите подать внешнее обжалование, вам нужно передать этот бланк в Департамент финансовых услуг штата Нью-Йорк в течение четырех месяцев с даты получения отказа в удовлетворении вашего обжалования.

Решение по вашему внешнему обжалованию будет принято в течение 30 дней. Может потребоваться дополнительное время (до 5 рабочих дней), если эксперт, рассматривающий внешнее обжалование, запросит дополнительную информацию. Он сообщит вам и нам об окончательном решении в течение двух рабочих дней после принятия решения.

Вы можете получить решение быстрее, если предварительно будет предоставлено заявление вашего врача о том, что в случае задержки вашему здоровью будет нанесен серьезный ущерб. Это называется ускоренным внешним обжалованием, которое предполагает принятие решения рассматривающим его экспертом в течение 3 дней или быстрее. Он сообщит вам и нам о своем решении незамедлительно по телефону или факсу. Затем вам будет отправлено письмо с решением.

Вы можете потребовать как объективного рассмотрения, так и внешнего обжалования. В таком случае решение должностного лица по объективному рассмотрению будет иметь преимущественную силу.

3. РАЗРЕШЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ И УСЛОВИЯ ОТКАЗОВ

Определения

Предварительное рассмотрение запроса о разрешении: рассмотрение запроса со стороны пациента или поставщика услуг от его имени на страховое покрытие новой услуги (с новым периодом действия разрешения или в течение действующего периода) или на изменение услуги согласно плану медицинского обслуживания на срок действия нового периода действия разрешения до начала предоставления такой услуги пациенту.

Параллельное рассмотрение: рассмотрение запроса со стороны пациента или поставщика услуг от его имени о дополнительных услугах (т. е. таких же, но в большем объеме), предусмотренных текущим планом медицинского обслуживания, или услугах патронажа на дому после приема в стационар, покрываемых планом Medicaid.

Ускоренное рассмотрение: пациент имеет право на ускоренное рассмотрение запроса на разрешение предоставления услуги в тех случаях, если планом или поставщиком услуг определено, что задержка будет угрожать жизни, здоровью пациента или его способности достичь максимальной дееспособности, поддерживать либо восстановить ее. Пациент может потребовать ускорить предварительное или параллельное рассмотрение запроса о разрешении. Обжалования решений по результатам параллельного рассмотрения должны обрабатываться в ускоренном порядке.

Общие положения

Любые отказы Исполнителя, основывающиеся на отсутствии медицинской необходимости либо экспериментальном или исследовательском характере услуг, должны приниматься независимым экспертом клинической практики, как определено в статье §4900(2)(a) PHL.

Отрицательные решения в случаях, не связанных с медицинской необходимостью либо экспериментальным или исследовательским характером услуг, основанные на оценке состояния здоровья пациента либо целесообразности уровня, объема или метода осуществления ухода, должны приниматься лицензированным, сертифицированным или зарегистрированным медицинским специалистом. Это требование относится к отказам по причине того, что запрашиваемые услуги не входят в страховой пакет, покрытие которого зависит от оценки состояния здоровья пациента, а также к запросам разрешения на получение услуги, включая, помимо прочего, услуги, включенные в страховой пакет, предоставление направлений и услуги от стороннего поставщика.

Если участник программы хочет подать заявление на обжалование, он должен быть уведомлен планом о доступности помощи (при наличии проблем с языком, слухом или речью), а также о порядке доступа к ней.

Исполнитель использует принятые в Департаменте шаблон уведомления программы организованного долгосрочного медицинского ухода (MLTC) о

первоначальном отрицательном решении и шаблон уведомления 4687 MLTC об отказе.

Сроки принятия решений и отправки уведомлений по запросам на разрешение оказания услуг

1. При обработке запроса на предварительное рассмотрение Исполнитель должен принять решение и уведомить о нем пациента по телефону, а также письменно с учетом его медицинского состояния в указанные ниже сроки.
 - a. Ускоренный запрос: 72 (семьдесят два) часа после поступления запроса на разрешение оказания услуг
 - b. Стандартный запрос: 14 (четырнадцать) дней после поступления запроса на разрешение оказания услуг

2. При обработке запроса на параллельное рассмотрение Исполнитель должен принять решение и уведомить о нем пациента по телефону, а также письменно с учетом его медицинского состояния в указанные ниже сроки.
 - a. Ускоренный запрос: Семьдесят два (72) часа после получения запроса на разрешение оказания услуг
 - b. Стандартный запрос: Четырнадцать (14) дней после запроса на разрешение оказания услуг
 - c. В случае получения запроса на услуги патронажа на дому после принятия в стационар, предусмотренные программой Medicaid, решение будет принято: в течение 1 (одного) рабочего дня или 72 (семидесяти двух) часов (если день, следующий за получением запроса на получение услуги, является выходным или праздничным) после получения необходимой информации, но не позднее чем через 3 (три) рабочих дня после получения запроса на разрешение оказания услуг.

3. Продление срока на 14 дней. Пациент или поставщик от его имени (письменно или устно) может запросить продление срока. План также может продлевать срок, если существует обоснованная необходимость в дополнительной информации и задержка при этом будет в интересах пациента. В любом случае причина продления срока должна быть тщательно задокументирована.
 - a. План организованного долгосрочного медицинского ухода (MLTC) предусматривает уведомление пациента об инициированном планом

продлении срока рассмотрения запроса на оказание услуги. Специалисты MLTC обязаны пояснить причины задержки, ее целесообразность с точки зрения интересов пациента, запросить дополнительную информацию, необходимую для принятия или пересмотра решения, и предоставить пациенту список ее возможных источников.

4. Пациент или поставщик может обжаловать решение (см. «Процедуры обжалования»).
5. Если план отказал пациенту в запросе на ускоренное рассмотрение, решение будет вынесено в стандартные сроки.
 - a. Исполнитель обязан уведомить пациента, что его запрос на ускоренное рассмотрение был отклонен и обращение будет рассмотрено в стандартные сроки.

Другие сроки уведомлений об отказе

1. Если Исполнитель намеревается ограничить, сократить объем, приостановить или прекратить предоставление ранее разрешенной услуги в течение периода действия разрешения (вследствие решения по вопросу разрешения оказания услуг или другого отказа), он должен предоставить пациенту письменное уведомление не позднее десяти (10) дней до даты вступления в силу предполагаемого отказа, за исключением случаев, когда:
 - a. период предварительного уведомления сокращается до 5 (пяти) дней в случае подтвержденного мошенничества со стороны пациента;
 - b. Исполнитель может направить уведомление не позднее даты вступления в силу отказа в следующих случаях:
 - i. смерть пациента;
 - ii. подписание пациентом заявления с просьбой о прекращении предоставления услуг или предоставление им информации, требующей их прекращения или сокращения (при этом пациент должен понимать, что в результате предоставления им указанной информации будет принято соответствующее решение);
 - iii. поступление пациента в учреждение, в котором он не имеет права на дальнейшее получение услуг;

- iv. адрес пациента неизвестен, а направленное ему письмо возвращается с пометкой об отсутствии адреса для пересылки;
 - v. пациент был принят для ухода в рамках услуг по плану Medicaid в другой юрисдикции;
 - vi. врач пациента предписал изменить уровень медицинского ухода.
- c. Для CBLTCS и ILTSS: если Исполнитель намеревается сократить объем, приостановить или прекратить предоставление ранее разрешенной услуги либо предоставить разрешение на новый период, предусматривающее уменьшение уровня или объема ранее разрешенных услуг, он обязан направить пациенту письменное уведомление не позднее чем за 10 (десять) дней до даты вступления в силу предполагаемого отказа независимо от срока действия изначального разрешения, за исключением обстоятельств, описанных в пп. 1а и 1б.
- i. Для CBLTCS и ILTSS: если Исполнитель намеревается сократить объем, приостановить или прекратить предоставление ранее разрешенной услуги или предоставить разрешение на новый период, предусматривающее уменьшение уровня или объема ранее разрешенных услуг, Исполнитель не имеет права устанавливать дату вступления отказа в силу на нерабочий день, за исключением случаев, когда он обеспечивает круглосуточную телефонную поддержку по вопросам жалоб, обращений за обжалованием и отказов.
- d. Исполнитель обязан письменно уведомить пациента в день отказа, если он связан с полным или частичным отказом в оплате.
- e. Если Исполнитель не принимает решения по вопросу предоставления услуг в сроки, установленные в настоящем Приложении, решение считается отрицательным и Исполнитель должен направить пациенту уведомление об отказе по истечении установленного срока.

Содержание уведомления об отказе

1. Исполнитель использует шаблон уведомления плана MLTC о первоначальном отрицательном решении для всех отказов, кроме связанных с ограничением доступа к поставщикам услуг в рамках программы ограничения получателей.

2. Уведомление об отказе, связанном с ограничением доступа к поставщикам услуг в рамках программы ограничения получателей, должно содержать:
 - a. дату начала действия ограничения;
 - b. характер и масштаб ограничения;
 - c. причину ограничения;
 - d. право получателя на обжалование;
 - e. инструкции по подаче запроса на обжалование, включая пояснение права на продолжение ухода, если такой запрос был подан до даты вступления в силу предполагаемого отказа или через 10 дней с момента отправки уведомления, в зависимости от того, что наступит позже;
 - f. разъяснение права Исполнителя назначить получателю основного поставщика;
 - g. разъяснение права получателя выбирать основного поставщика в течение двух недель с даты уведомления об предполагаемом ограничении, если Исполнитель дает получателю возможность выбрать основных поставщиков;
 - h. разъяснение права получателя подавать запрос на смену основного поставщика каждые три месяца или чаще по уважительной причине;
 - i. разъяснение права получателя обсудить с Исполнителем причины предполагаемого ограничения и его характер;
 - j. разъяснение права получателя предоставить (в ходе обсуждения или посредством подачи) пояснения и документы, доказывающие медицинскую необходимость в каких-либо услугах, которые были обозначены как используемые ненадлежащим образом в информационном пакете получателя;
 - k. имя и номер телефона лица, с которым можно связаться для организации обсуждения;
 - l. разъяснение того факта, что обсуждение не переносит дату вступления отказа в силу, указанную в уведомлении об ограничении;
 - m. разъяснение того факта, что обсуждение не ограничивает право получателя на объективное разбирательство и не заменяет его;
 - n. разъяснение права получателя изучить свою историю болезни;
 - o. разъяснение права получателя изучить хранимые у Исполнителя данные, согласно которым услуги МА могут быть признаны оплачиваемыми от имени получателя; такие данные обычно называются информацией о претензии или профилем получателя.