

뉴욕 주 외부 이의 제기 신청서

귀하께서 환자이거나 환자의 대리인인 경우 의료 보험의 혜택을 받으려면 보험사의 최종 부결 시점부터 4 개월 이내에 본 신청서를 작성하여 제출하십시오. 또는 귀하께서 DFS 를 대신하여 직접 이의 제기를 신청할 경우 60 일 안에 본 신청서를 작성하여 제출하십시오.

보내실 곳: New York State Department of Financial Services, 99 Washington Avenue, Box 177, Albany NY, 12210
 팩스 번호: (800) 332-2729. 도움이 필요하시면 (800) 400-8882 번으로 전화하시거나
 externalappealquestions@dfs.ny.gov 에 이메일로 문의하십시오.

1. 신청인 이름:					
2. 환자 이름:					
생년월일:	성별: <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여자 <input type="checkbox"/> 명시되지 않은				
3. 환자 주소:		거리:			
		도시:	주:	우편 번호:	
4. 환자 전화 번호:		주 전화 번호: ()		보조 전화 번호: ()	
5. 환자 이메일 주소:					
6. 환자 의료 보험:		ID #:			
7. 환자 주치의/처방의:					
8. 주치의/처방의 주소:		거리:			
		도시:	주:	우편 번호:	
9. 주치의/처방의 전화 번호:		()	팩스:	()	
10. 환자가 Medicaid Managed Care Plan 가입자일 경우, 환자가 Medicaid 를 통해 공정한 청문회를 요청했거나 공정한 청문회 결정을 받았습니까?			<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 모릅니다
11. 신청자가 환자의 대리인일 경우 작성하십시오.					
대리인이 환자를 대신하여 이의 제기를 신청하는 경우에만 이 섹션을 작성하십시오. 환자의 서비스 제공자가 대리인인 경우 이 섹션 대신 섹션 14 를 작성하십시오.					
대리인 이름:					
환자와의 관계:					
주소:		거리:			
		도시:	주:	우편 번호:	
전화 번호:		()	팩스:	()	
대리인 이메일 주소:					
12. 의료 보험 거절 이유(하나를 선택한 다음 의학적으로 불필요한 경우를 제외하고 모든 긴급 이의 제기와 거절 이유에 대해 작성된 주치의의 소견서를 첨부하십시오):					
<input type="checkbox"/> 의학적으로 불필요함		<input type="checkbox"/> 임상 시험을 위한 실험/연구 목적			
<input type="checkbox"/> 실험/연구 목적		<input type="checkbox"/> 희귀병에 대한 실험/연구 목적			
<input type="checkbox"/> 네트워크 밖이며 의료 보험사가 네트워크 내의 대체 서비스를 제안함		<input type="checkbox"/> 네트워크 밖 위탁			
<input type="checkbox"/> 처방집 예외(개인 및 소규모 단체용, Medicaid 또는 Child Health Plus 외)					

13. 본 이의 제기는 긴급 처리될 수 있습니다. 환자 또는 주치의, 처방의가 필요한 의학적 정보를 외부 이의 제기 기관에 제공하지 않아도 긴급 처리 결정은 아래에 명시된 기간 안에 확정됩니다.			
긴급 처리인 경우 다음 중 하나를 선택하십시오 :	<input type="checkbox"/> 긴급 처리 이의 제기 (72 시간) 부결된 사안이 응급 서비스를 받고 병원에 입원한 환자의 접수, 치료, 입원 또는 의료 서비스에 중대한 영향을 미칩니다.		
	<input type="checkbox"/> 긴급 처리 이의 제기 (72 시간) 30 일이라는 기간은 환자의 생명, 건강 또는 회복 능력에 위험을 초래할 수 있으며, 지체될 경우 환자의 건강에 긴급하거나 심각한 위협이 될 수 있습니다. 따라서 환자의 주치의는 주치의 소견서를 작성하여 DFS(Department of Financial Services)에 제출할 것입니다.		
	<input type="checkbox"/> 긴급 처리 처방집 예외 (24 시간) 환자의 생명, 건강, 최대 회복 능력에 심각한 위험을 초래할 수 있는 상태에 있거나, 현재 처방집 예외 약물을 이용한 치료를 받고 있으며, 환자의 주치의나 처방의가 주치의 소견서를 작성하여 DFS 에 제출할 것입니다.		
일반적인 경우 다음 중 하나를 선택하십시오:	<input type="checkbox"/> 일반 처방집 예외(72 시간)	<input type="checkbox"/> 기타 모든 일반 이의 제기(30 일)	
긴급 처리 요청의 경우 요청서를 팩스로 전송한 후 반드시 888-990-3991 로 연락해야 합니다			
14. 신청자가 환자의 의료 서비스 제공자일 경우 작성하십시오.			
의료 서비스 제공자는 동시 또는 소급적 최종 부결에 대해 외부 이의 제기를 신청할 권리를 가지고 있습니다. 스스로를 대표하여 이의 제기를 신청하거나 환자의 지정인으로서 이의 제기를 신청하는 의료 서비스 제공자는 이 섹션을 작성하십시오. 최초 이의 제기 단계에 대한 최초 거절과 최종 부결을 첨부해야 합니다.			
<input type="checkbox"/> 스스로를 대표하여 이의 제기를 신청하는 서비스 제공자	<input type="checkbox"/> 환자를 대신하여 대리인으로서 이의 제기를 신청하는 서비스 제공자		
제공자 이름:			
서비스 제공자를 대표하는 개인 또는 회사(해당되는 경우에만):			
관련 담당자:			
담당자 주소:	거리:		
	도시:	주:	우편 번호:
전화 번호:	()	팩스:	()
이메일 주소:			
본인이 알고 있는 한 이 신청서에 제공된 정보는 사실이며 정확함을 증명합니다. 본인은 고용인의 부담, 공동 보험금 또는 공제액 등을 제외하고 외부 이의 제기 에이전트에 의해 동일한 거절이 유지될 경우 환자에게 서비스 변제 금액을 청구하지 않을 것에 동의합니다. 만약 동일한 거절에 대해 본인이 환자의 대리로서가 아니라 스스로 이의 제기를 신청할 경우, 해당 의료 보험사의 동일한 거절이 유지될 경우 외부 이의 제기 에이전트의 수수료를 전액 지불하거나, 해당 의료 보험사의 거절 결정이 일부만 유지될 경우 이의 제기 에이전트의 수수료 중 절반을 지불하는 것에 동의합니다. 본인은 외부 이의 제기 에이전트의 결정에 대한 검토의 목적으로 해당 에이전트에 대해 법적 소송을 진행하지 않을 것을 동의합니다. 하지만 본인은 외부 이의 제기 에이전트의 불성실 또는 중과실에 대해 법적 대응을 할 수 있는 권리를 가지고 있으며, 의료 보험사에 대해서도 법적 대응을 취할 수 있는 권리를 가지고 있습니다.			
제공자 서명:			

15. 서비스 설명 및 날짜: (고려하고자 하는 모든 정보를 첨부하십시오):

16. 외부 이의 제기 적격 사항(하나를 선택하십시오):

	<input type="checkbox"/> 첨부 문서는 의료 보험사의 최종 부결 문서입니다.
	<input type="checkbox"/> 첨부 문서는 의료 보험사의 내부 이의 제기 포기 서신입니다.
	<input type="checkbox"/> 환자는 외부 이의 제기와 함께 긴급 처리 내부 이의 제기를 요청했습니다.
	<input type="checkbox"/> 의료 보험사는 환자의 이의 제기를 위한 내부 이의 제기 요구사항을 준수하지 않았습니다.

17. 외부 이의 제기 수수료

의료 보험사에서 요구하는 경우 해당 보험사 앞으로 발행된 수표 또는 우편환을 동봉해야 합니다. 이의 제기 결과가 귀하의 의견대로 결정될 경우 수수료를 상환받게 됩니다.

하나를 선택하십시오:	<input type="checkbox"/> 의료 보험사 앞으로 발행된 수표 또는 우편환이 동봉되어 있습니다.
	<input type="checkbox"/> 신청서는 팩스로 제출했으며 수수료는 우편으로 3 일 이내에 해당 부서로 보낼 것입니다.
	<input type="checkbox"/> 환자는 Medicaid, Child Health Plus 의 혜택을 받습니다.
	<input type="checkbox"/> 환자는 금전적인 문제로 수수료 면제를 요청했으며 의료 보험사에 관련 문서를 제출할 예정입니다.
	<input type="checkbox"/> 의료 보험사가 외부 이의 제기에 대한 수수료를 부과하지 않거나 수수료가 없습니다.

NYS 외부 이의 제기 정보 공개에 관한 환자 동의서

환자, 환자의 대리인 및 환자의 의료 서비스 제공자는 의료 보험사가 결정한 특정 부결 내용에 대하여 외부 이의제기를 신청할 권리를 가지고 있습니다.

외부 이의 제기를 신청할 경우 환자는 반드시 의료 기록 공개 동의서에 서명해야 합니다. 뉴욕 주 DFS(Department of Financial Services)가 지정한 외부 이의 제기 에이전트는 이 동의서를 근거로 환자의 의료 보험사 및 의료 서비스 제공자로부터 의료 정보를 수집할 것입니다. 외부 이의 제기 에이전트는 의료 정보 요청 시 이름과 주소를 명시할 것입니다.

본인은 본인의 의료 보험사 및 의료 서비스 제공자가 외부 이의 제기와 관련하여 HIV 관련 정보, 정신과 치료 정보, 또는 알콜/약물 남용 치료 정보 등을 포함한 의료 또는 치료 기록을 외부 이의 제기 에이전트에 제공하는 것을 허락합니다. 본인은 외부 이의 제기 에이전트가 이 정보를 오직 이의 제기 결정을 내리는 용도로만 사용한다는 점, 그리고 이 정보는 비밀로 취급되어 그 누구에게도 공개되지 않을 것이라는 점을 알고 있습니다. 이러한 정보의 공개는 1년간 유효합니다. 나는 뉴욕 주 재무부와 서면 연락을 취함으로써 나의 동의를 언제든지 철회할 수 있습니다. 단, 이는 이미 내 동의에 기반한 조치가 취해졌을 경우는 제외합니다. 본인은 본인의 의료 보험사가 본 양식의 서명 여부에 상관없이 본인의 치료, 접수, 적격성 또는 지불에 영향을 주지 못함을 알고 있습니다. 본인은 외부 이의 제기 에이전트의 결정을 따를 의무가 있음을 인정합니다. 본인은 외부 이의 제기 에이전트의 결정에 대한 검토의 목적으로 해당 에이전트에 대해 법적 소송을 진행하지 않을 것을 동의합니다. 하지만 본인은 외부 이의 제기 에이전트의 불성실 또는 중과실에 대해 법적 대응을 할 수 있는 권리를 가지고 있으며, 의료 보험사에 대해서도 법적 대응을 취할 수 있는 권리를 가지고 있습니다.

환자 또는 환자의 대리인이 본 신청서를 제출할 경우, 뉴욕 주 외부 이의 제기 정보 공개에 관한 환자 동의서에 서명함으로써, 환자는 자신이 알고 있는 한 본 신청서에 제공된 모든 정보가 사실이며 정확하다는 것을 인정합니다.

아래에 환자의 서명을 기재하십시오. 환자가 미성년자인 경우 환자의 부모 또는 법적 보호자가 문서에 서명을 해야 합니다. 환자가 사망한 경우 환자의 의료 서비스 대리인 또는 집행인이 문서에 서명을 해야 합니다. 환자의 보호자, 대리인, 의료 서비스 대리인 또는 집행인이 서명을 한 경우에는 법적 보충 문서를 첨부해야 합니다.

서명:			
이름:			
환자와의 관계(해당되는 경우):			
환자 이름:		나이:	
환자 의료 보험 ID#:			
날짜: (필수 입력란)			

외부 이의 제기에 대한 주치의 소견서

환자의 주치의는 실험/연구, 임상 시험, 희귀병, 네트워크 밖 서비스, 또는 긴급 처리 이의 제기 등과 같은 서비스에 대한 의료 보험사의 거절에 대해 외부 이의 제기를 신청할 경우 이 소견서를 작성해야 합니다. 환자의 처방의 또한 긴급 처방집 예외 이의 제기를 할 수 있습니다. DFS 또는 외부 이의 제기 에이전트는 환자의 의료 기록을 포함하여 추가적인 정보를 귀하에게 요구할 수 있습니다. 이러한 정보는 즉시 제공되어야 합니다.

보내실 곳: New York State Department of Financial Services, 99 Washington Avenue, Box 177, Albany, NY 12210
팩스 번호: (800) 332-2729.

요청한 검토 유형:	<input type="checkbox"/> 일반 이의 제기(30 일), 또는 처방집 예외 약물(72 시간)	<input type="checkbox"/> 긴급 이의 제기(72 시간), 또는 처방집 예외 약물(24 시간)
긴급 처리인 경우 다음 중 하나를 선택하십시오:	<input type="checkbox"/> 긴급 처리 이의 제기 (72 시간) 부결된 사안이 응급 서비스를 받고 병원에 입원한 환자의 접수, 치료, 입원 또는 의료 서비스에 중대한 영향을 미칩니다. <input type="checkbox"/> 긴급 처리 이의 제기 (72 시간) 30 일이라는 기간은 환자의 생명, 건강 또는 회복 능력에 위협을 초래할 수 있습니다. 지체될 경우 환자의 건강에 긴급하거나 심각한 위협이 될 수 있습니다. <input type="checkbox"/> 긴급 처리 처방집 예외 (24 시간) 환자의 생명, 건강, 최대 회복 능력에 심각한 위협을 초래할 수 있는 상태에 있거나, 현재 처방집 예외 약물을 이용한 치료를 받고 있습니다.	
긴급 처리의 경우 다음을 모두 작성하십시오:	<input type="checkbox"/> 외부 이의 제기 에이전트는 업무일 외에도 본인에게 연락하여 의료 기록을 포함한 의료 정보를 요청할 수 있으며 본인이 의료 정보 또는 의료 기록을 에이전트에 제공하든 제공하지 않든 긴급 처리 이의 제기 요청을 받은지 72 시간 이내에(처방집 예외 약물의 경우 24 시간) 결정을 내려야 함을 본인은 알고 있습니다.	
업무일 외에는, 다음 연락처로 연락 주십시오: ()		

- **긴급 이의 제기**의 경우 환자의 주치의, 처방집 예외 약물의 경우 환자의 처방 주치의 또는 다른 처방의가 아래의 박스와 **14** 번 항목을 작성해야 합니다. 귀하는 **결정에 도움이 될 만한 모든 정보를 에이전트에 제공해야 합니다.**
- **실험/연구 거절**(임상 시험 또는 희귀병 치료가 아닌)의 경우 환자의 주치의는 **1-10 번 항목과 14 번 항목**을 작성하십시오.
- **임상 시험 거절**의 경우, 환자의 주치는 **1-9, 11 및 14** 번 항목을 작성하십시오.
- **네트워크 밖 서비스 거절**의 경우(의료 보험사가 네트워크 밖 서비스와 본질적으로 다르지 않은 네트워크 내의 대체 서비스를 제공함), 환자의 주치는 **1-10 번 및 14 번** 항목을 작성하십시오.
- **네트워크 밖 위탁 거절**(보험사가 환자의 의료 요구 사항을 충족할 수 있는 적절한 훈련과 경험을 겸비한 네트워크 내 의료 서비스 제공자를 보유하지 못한 경우)의 경우, **1-9, 13 및 14 번** 항목을 작성해야 합니다.
- **희귀병 거절**의 경우, 주치의가 아닌 다른 의사가 **1-9, 12 및 14 번** 항목을 작성해야 합니다.

1. 이 양식을 작성한 주치의(처방의) 이름:	
실험/연구, 임상 시험, 네트워크 밖 서비스 또는 네트워크 밖 위탁 거절에 대한 이의 제기를 위해 주치의는 면허가 있어야 하며, 협회 인증 및 적격성을 보유하고, 환자의 치료에 적합한 실무를 위한 자격을 갖추고 있어야 합니다. 희귀병 이의 제기의 경우, 주치는 상기 요구조건을 충족해야 합니다. 단, 환자의 담당 주치의일 필요는 없습니다.	

2. 주치의(처방의) 주소:	거리:			
	도시:	주:	우편 번호:	
3. 담당자:				
4. 전화 번호:	()	팩스:	()	
5. 주치의(처방의) 이메일:				
6. 환자 이름:				
7. 환자 주소:				
8. 환자 전화 번호:				
9. 환자 의료 보험 이름 및 ID 번호:				
10. 실험/연구 거절 또는 네트워크 밖 서비스 거절 (실험/연구 거절 또는 네트워크 밖 거절일 경우에만 이 섹션을 작성하십시오. 임상 시험 참여, 희귀병 또는 네트워크 밖 위탁 거절에 대한 이의 제기인 경우 이 항목을 작성하지 마십시오.)				
a. 실험/연구 거절:				
본인은 환자의 주치의로서 다음을 증명합니다(수정 없이 하나만 선택):				
또는	<input type="checkbox"/> 기본 의료 서비스 또는 절차는 효과가 없거나 의학적으로 부적합합니다.			
	<input type="checkbox"/> 보험사가 보다 유익한 기본 의료 서비스 또는 절차를 제공하지 않습니다.			
그리고	<input type="checkbox"/> 아래의 c 와 d 에 요약된 다음의 두가지 의학 및 과학적 증거 자료에 근거하여 본인은 보험사가 제공하는 기본 의료 서비스보다 환자에게 더욱 유익한 의료 서비스 또는 제약 제품을 추천했습니다.			
b. 네트워크 밖 서비스 거절				
<input type="checkbox"/> 본인은 환자의 주치의로서 네트워크 밖 의료 서비스에 대한 소견을 다음과 같이 밝힙니다(서비스 식별):				
보험사가 추천하는 네트워크 내 대체 서비스와 질적으로 다르며, (다음 의학 및 과학적 증거 문서 2 부에 근거하여) 네트워크 내 대체 서비스보다 더 임상적으로 유익하며, 네트워크 내 대체 서비스보다 요청된 보건 서비스의 부작용의 위험이 더 크지 않습니다.				
c. 참고 및 첨부 문서 목록:				
문서 #1 제목:				
발행인 이름:		발행 번호:		날짜:
문서 #2 제목:				
발행인 이름		발행 번호:		날짜:

d. 보충 문서	
<p>상기 명시된 의학 및 과학적 증거는 다음 기준 중 하나를 충족합니다(참고: 상호 검토된 문헌은 제약 회사나 의료 기기 제조 회사가 후원하는 발행물 또는 보충 문서를 크게 포함하지 않습니다.)</p>	
<input type="checkbox"/>	<p>상호 검토된 의학 문헌은 적격 기관 검토 위원회의 검토 및 인증을 받은 치료법 관련 문헌, 생물학 개요서 및 Index Medicus, Excerpta Medicus, Medline 및 MEDLARS 데이터베이스 의료 서비스 기술 평가 연구소에서의 색인 작업을 위한 국립 보건의학 도서관의 기준을 충족하는 기타 의학 문헌을 포함합니다.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>상호 검토된 과학 연구 문헌은 국내 과학 문서의 요건을 충족하는 의학 저널에서 발행되거나 발행이 허락된 것입니다. 해당 저널의 논문은 내부 편집인이 아닌 외부 전문가에 의해 검토되어 집니다.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>상호 검토된 논문 초록은 주요 의학 협회 회의에서 발표가 허용된 것입니다.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>의학 저널은 연방 사회보장법 1861(t)(2) 섹션에 의거하여 보건 복지부 장관이 인증한 것입니다.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>기본 참고 개요서는 다음과 같습니다: (i) American Hospital Formulary Service Drug Information, (ii) National Comprehensive Cancer Network's Drugs and Biological Compendium, (iii) American Dental Association Accepted Dental Therapeutics, (iv) Thomson Micromedex DrugDex, 또는 (v) Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology, 또는 보건 복지부 장관이나 Centers for Medicare & Medicaid Services 에 의해 확인되거나 상호 검토된 주요 전문 저널에서 추천되거나 리뷰로 언급된 기타 개요서.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Federal Agency for Health Care Policy and Research, National Institutes of Health, National Cancer institute, National Academy of Sciences, Health Care Financing Administration, Congressional Office of Technology Assessment 및 의료 서비스의 의학적 가치를 평가하기 위한 목적으로 National Institutes of Health 가 인정한 기타 국립 위원회 등을 포함하는 연방 정부 기관 및 국립 공인 연방 연구 학회에 의해 수행되거나 후원을 받은 연구 결과, 학술 자료 또는 연구 조사.</p>
<p>11. 임상 시험 거절</p>	
<input type="checkbox"/>	<p>개방된 임상 시험이 있으며, 환자는 이 임상 시험에 적격하며, 임상 시험 참여를 수락할 것입니다.</p>
<p>필수 조건은 아니지만, 임상 시험 프로토콜 및 관련 정보를 함께 제출할 것을 권장합니다. 임상 시험은 상호 검토된 연구 계획이어야 하며 세부 조건은 다음과 같습니다. (1) 적격 기관의 검토 위원회에 의해 검증되었습니다. 그리고 (2) NIH(National Institutes of Health) 중 하나, 또는 NIH 협력 기관, 또는 센터, 또는 연구용 신약 면제 양식의 식약청, 또는 연방 제향군인회 부서 또는 Center Support Grants 를 위한 개별 NIH 기관에 의해 발행된 가이드라인에 명시된 유사자격의 비정부 연구 기관, 또는 NIH 의 연구 위험 보호 기관에 의해 인증된 다수의 프로젝트 보증을 보유한 시설물을 위한 연구 검토 위원회 등의 인증을 받았습니다.</p>	

12. 희귀병 치료 거절			
서비스 제공에 있어 기관 검토 위원회의 인증이 필요한 경우, 인증서를 포함하거나 첨부하십시오.			
<input type="checkbox"/>	본인은 환자의 담당 주치의가 아닌 일반 주치의 자격으로서 환자는 희귀한 상태에 있거나 희귀한 질병에 걸린 상태이며 해당 질병은 일반적인 치료법이 존재하지 않으며, 환자는 요청된 서비스 보다 더 높은 수준의 임상 치료를 받아야 함을 인정합니다. 요청한 서비스는 환자의 희귀병을 치료하는 데 도움이 될 것입니다. 그로 인한 이점이 해당 서비스가 가지고 있는 부작용 위험보다 더 큼니다.		
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요, 본인은 서비스 제공자와 금전적 또는 직업적 관계가 없습니다(하나를 선택하십시오).			
하나를 선택하십시오:	<input type="checkbox"/> 환자의 희귀병은 현재 또는 과거 National Institutes of Health Rare Diseases Clinical Research Network 의 연구 대상입니다.		
	<input type="checkbox"/> 매년 미국 시민 중 200,000 명 미만이 환자와 같은 희귀병에 걸립니다.		
13. 네트워크 밖 위탁 거절			
본인은 환자의 담당 주치의로서, 의료 보험사가 추천하는 네트워크 내 의료 서비스 제공자가 환자의 의료 서비스 요구를 충족할 만큼 적절한 교육을 받거나 충분한 경험을 하지 못했음을 인정합니다. 본인은 아래에 명시한 네트워크 밖 의료 서비스 제공자를 추천합니다. 해당 의료 서비스 제공자는 환자의 특정한 의료 서비스 요구 조건을 충족할 만한 적절한 교육을 받았고 충분한 경험을 쌓았으며, 요청된 의료 서비스를 제공할 수 있습니다.			
네트워크 밖 서비스 제공자 이름:			
네트워크 밖 서비스 제공자 주소:			
네트워크 밖 서비스 제공자의 학력 및 경력: (예: 인증서, 치료 년 수, 실행한 의료 절차의 수 및 그 결과, 기타 관련 정보).			
14. 주치의(처방의) 서명			
위의 정보가 사실이며 정확함을 증명합니다. 본인은 거짓 정보 제공에 대해 공식 징계를 받을 수 있음을 알고 있습니다.			
주치의(처방의) 서명:		날짜:	
주치의(처방의) 이름: (정자체로 기재하십시오):			