

নিউ ইয়র্ক স্টেটের বহিঃস্থ আপীলের আবেদন

আপনি রোগী বা রোগীর মনোনীত ব্যক্তি হলে স্বাস্থ্য পরিষেবার জন্য প্ল্যানের চূড়ান্ত প্রতিকূল নির্ধারণের 4 মাসের মধ্যে অথবা আপনি DFS এর কাছে নিজের হয়ে আপীল করা কোনও প্রদানকারী হলে 60 দিনের মধ্যে এই আবেদনপত্রটি সম্পূর্ণ করুন ও পাঠিয়ে দিন।

এই ঠিকানায় ডাকযোগে পাঠান: New York State Department of Financial Services, 99 Washington Avenue, Box 177, Albany, NY 12210 অথবা এই নম্বরে ফ্যাক্স করুন: (800) 332-2729. সাহায্যের জন্য (800) 400-8882 নম্বরে ফোন করুন অথবা externalappealquestions@dfs.ny.gov -এ ইমেল করুন।

1. আবেদনকারীর নাম:			
2. রোগীর নাম:			
জন্মতারিখ:	লিঙ্গ:	<input type="checkbox"/> পুং <input type="checkbox"/> স্ত্রী	<input type="checkbox"/> নির্ধারিত নয়/অন্যান্য
3. রোগীর ঠিকানা:	সড়ক:		
	শহর:	স্টেট:	জিপ কোড:
4. রোগীর ফোন নম্বর:	প্রাথমিক: ()	গোণ: ()	
5. রোগীর ইমেল অ্যাড্রেস:			
6. রোগীর স্বাস্থ্যের প্ল্যান:			আইডি #:
7. রোগীর চিকিৎসক/প্রেসক্রিপশন প্রদানকারী:			
8. চিকিৎসকের/প্রেসক্রিপশন প্রদানকারীর ঠিকানা:	সড়ক:		
	শহর:	স্টেট:	জিপ কোড:
9. চিকিৎসকের/প্রেসক্রিপশন প্রদানকারীর ফোন #:	()	ফ্যাক্স:	()
10. রোগীর কোনও Medicaid Managed Care Plan থাকলে, রোগী কি Medicaid মারফৎ কোনও ন্যায্য শুনানির অনুরোধ করেছেন অথবা কোনও ন্যায্য শুনানির নির্ধারণ পেয়েছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> জানি না
11. আবেদনকারী রোগীর মনোনীত ব্যক্তি হলে সম্পূর্ণ করতে হবে			
মনোনীত ব্যক্তি এই আপীলটি কেবলমাত্র রোগীর হয়ে জমা দিলেই এই বিভাগটি সম্পূর্ণ করবেন। রোগীর প্রদানকারী মনোনীত ব্যক্তি হলে এই বিভাগের বদলে বিভাগ 14 সম্পূর্ণ করুন।			
মনোনীত ব্যক্তির নাম:			
রোগীর সঙ্গে সম্পর্ক:			
ঠিকানা:	সড়ক:		
	শহর:	স্টেট:	জিপ কোড:
ফোন নম্বর:	()	ফ্যাক্স:	()
মনোনীত ব্যক্তির ইমেল ঠিকানা:			
12. স্বাস্থ্যের প্ল্যান প্রত্যাহ্যনের কারণ - "চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় নয়" ছাড়া যাবতীয় দ্রুততর করা আপীল ও যাবতীয় প্রত্যাহ্যনের কারণের জন্য কেবলমাত্র একটিতে টিক দিন ও একটি সম্পূর্ণ করা চিকিৎসকের প্রত্যয়ন সংযুক্ত করুন:			
<input type="checkbox"/> চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় নয়	<input type="checkbox"/> কোনও নিদানিক পরীক্ষার জন্য পরীক্ষামূলক/অনুসন্ধানমূলক		
<input type="checkbox"/> পরীক্ষামূলক/অনুসন্ধানমূলক	<input type="checkbox"/> কোনও বিরল রোগের জন্য পরীক্ষামূলক/অনুসন্ধানমূলক		
<input type="checkbox"/> নেটওয়ার্ক বহির্ভূত এবং স্বাস্থ্যের প্ল্যান থেকে একটি বিকল্প নেটওয়ার্ক-ভুক্ত পরিষেবার প্রস্তাব করা হয়েছে	<input type="checkbox"/> নেটওয়ার্ক বহির্ভূত রেফারেল		
<input type="checkbox"/> প্রস্তুতপ্রণালী সংক্রান্ত ব্যতিক্রম (Medicaid বা Child Health Plus ছাড়া ব্যক্তিগত ও ক্ষুদ্র গোষ্ঠীর কভারেজের জন্য)			

13. এই আপীলটি দ্রুততর করা হতে পারে। দ্রুততর করা সিদ্ধান্তগুলি নিম্নবর্ণিত সময়সীমার মধ্যে নেওয়া হয়, এমনকি যদি রোগী, চিকিৎসক বা প্রেসক্রিপশন প্রদানকারী বহিঃস্থ আপীল এজেন্টকে চিকিৎসার প্রয়োজনীয় তথ্য প্রদান নাও করেন।

দ্রুততর করা হলে একটিতে টিক দিন:	<input type="checkbox"/> দ্রুততর করা আপীল (72 ঘন্টা)। প্রত্যাখ্যানের সঙ্গে সংশ্লিষ্ট রয়েছে একবার ভর্তি হওয়া, পরিচর্যার উপলব্ধতা, অব্যাহত অবস্থান বা স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিষেবা যার জন্য রোগী আপৎকালীন পরিষেবা পেয়েছেন ও হাসপাতালে ভর্তি রয়েছেন।	
	<input type="checkbox"/> দ্রুততর করা আপীল (72 ঘন্টা)। 30-দিনের সময়সীমা 30-দিনের সময়সীমা রোগীর জীবন, স্বাস্থ্য বা সর্বাধিক কাজকর্ম করার সক্ষমতা ফিরে পাওয়াকে গুরুতরভাবে বিপন্ন করতে পারে অথবা বিলম্ব হলে তা রোগীর স্বাস্থ্যকে অনিবার্য বা গুরুতর আশঙ্কার সম্মুখীন করতে পারে এবং রোগীর চিকিৎসক চিকিৎসকের প্রত্যয়ন সম্পূর্ণ করবেন এবং সেটিকে আর্থিক পরিষেবা বিভাগের কাছে পাঠিয়ে দেবেন।	
	<input type="checkbox"/> দ্রুততর করা প্রস্তুতপ্রণালী সংক্রান্ত ব্যতিক্রম (24 ঘন্টা)। রোগী এমন এক স্বাস্থ্যের অবস্থায় ভুগছেন যার জন্য রোগীর জীবন, স্বাস্থ্য বা সর্বাধিক কাজকর্ম করার সক্ষমতা ফিরে পাওয়াকে গুরুতরভাবে বিপন্ন করতে পারে অথবা বর্তমানে প্রস্তুতপ্রণালীবিহীন ওষুধ ব্যবহার করে চিকিৎসা প্রক্রিয়ায় রয়েছেন এবং রোগীর প্রেসক্রিপশন করা চিকিৎসক বা অপর প্রেসক্রিপশন প্রদানকারী চিকিৎসকের প্রত্যয়ন সম্পূর্ণ করবেন এবং সেটিকে আর্থিক পরিষেবা বিভাগের কাছে পাঠিয়ে দেবেন।	
প্রমিত হলে একটিতে টিক দিন:	<input type="checkbox"/> প্রমিত প্রস্তুতপ্রণালী সংক্রান্ত ব্যতিক্রম (72 ঘন্টা)।	<input type="checkbox"/> অন্য যাবতীয় আপীলের জন্য প্রমিত আপীল (30 দিন)

***** দ্রুততর করা হলে আবেদনপত্রটি ফ্যাক্স করার সময় আপনার 888-990-3991 নম্বরে ফোন করা আবশ্যিক*****

14. আবেদনকারী রোগীর প্রদানকারী হলে সম্পূর্ণ করতে হবে

স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীদের সমাপতিত বা ভূতাপেক্ষী চূড়ান্ত প্রতিকূল নির্ধারণের বিরুদ্ধে একটি বহিঃস্থ আপীলের অধিকার রয়েছে। এই বিভাগটি তাদের নিজের হয়ে অথবা কোনও রোগীর মনোনীত ব্যক্তি হিসেবে আপীল করা প্রদানকারীদের দ্বারা সম্পূর্ণ করতে হবে। প্রথম স্তরের প্রাথমিক প্রত্যাখ্যান ও চূড়ান্ত প্রতিকূল নির্ধারণ সংযুক্ত করা আবশ্যিক।

<input type="checkbox"/> প্রদানকারী নিজের হয়ে দায়ের করছেন	<input type="checkbox"/> প্রদানকারী রোগীর মনোনীত ব্যক্তি হিসেবে দায়ের করছেন		
প্রদানকারীর নাম:			
প্রদানকারীর প্রতিনিধিত্ব করা ব্যক্তি বা কারবার (প্রযোজ্য হলে):			
পত্রবিনিময়ের জন্য যোগাযোগের ব্যক্তি:			
পত্রবিনিময়ের ঠিকানা:	সড়ক:		
	শহর:	স্টেট:	জিপ কোড:
ফোন নম্বর:	()	ফ্যাক্স:	()
ইমেল অ্যাড্রেস:			

আমি প্রত্যয়িত করছি যে এই আবেদনপত্রে সরবরাহ করা তথ্য আমার সর্বোত্তম জ্ঞান অনুসারে সত্য ও নির্ভুল। আমি সহ-প্রদান, সহ-বিমা বা বিয়োগযোগ্যের ব্যতিক্রম ছাড়া কোনও সমাপতিত প্রত্য্যখন বহিঃস্থ আপীল এজেন্টের দ্বারা সমর্থিত হলে রোগীর থেকে পরিষেবার জন্য কোনও ব্যয়পূরণ না চাইতে সম্মত হচ্ছি। আমি নিজের হয়ে, এবং রোগীর মনোনীত ব্যক্তি হিসেবে না হয়ে, কোনও সমাপতিত প্রত্য্যখনের বিরুদ্ধে আপীল করলে আমি স্বাস্থ্যের প্ল্যানের সমাপতিত প্রত্য্যখন সমর্থিত হলে বহিঃস্থ আপীল এজেন্টের ফি এর পূর্ণ রাশি অথবা স্বাস্থ্যের প্ল্যানের সমাপতিত প্রত্য্যখন আংশিক সমর্থিত হলে বহিঃস্থ আপীল এজেন্টের ফি এর অর্ধেক রাশি প্রদানে সম্মত হচ্ছি। আমি এজেন্টের সিদ্ধান্তের পর্যালোচনা করতে বহিঃস্থ আপীল এজেন্টের বিরুদ্ধে আইনি প্রক্রিয়া শুরু করতে সম্মত হচ্ছি; যদিও তা এই শর্তে যে, এর ফলে আমার বহিঃস্থ আপীল এজেন্টের বিরুদ্ধে বিশ্বাসভঙ্গের বা সার্বিক গাফিলতির জন্য ক্ষতিপূরণের ব্যবস্থা করার অথবা স্বাস্থ্যের প্ল্যানের বিরুদ্ধে পদক্ষেপ নেওয়ার অধিকারকে সীমাবদ্ধ করবে না।

প্রদানকারীর স্বাক্ষর:

15. পরিশেষার বর্ণনা ও তারিখ(গুলি): (আপনি বিবেচিত হোক বলে চান এমন যে কোনও অতিরিক্ত তথ্য সংযুক্ত করুন):

16. বহিঃস্থ আপীলের যোগ্যতা (একটিতে টিক দিন):

- স্বাস্থ্যের প্ল্যানের চূড়ান্ত প্রতিকূল নির্ধারণ সংযুক্ত রয়েছে।
- আভ্যন্তরীণ আপীল পরিত্যাগ করে স্বাস্থ্যের প্ল্যানের চিঠি সংযুক্ত রয়েছে।
- রোগী বহিঃস্থ আপীলের সঙ্গে একই সময়ে দ্রুততর করা আভ্যন্তরীণ আপীলের অনুরোধ করেছেন।
- স্বাস্থ্যের প্ল্যান রোগীর আপীলের জন্য আভ্যন্তরীণ আপীলের প্রয়োজনীয়তাসমূহের প্রতিপালন করেনি।

17. বহিঃস্থ আপীলের ফি

স্বাস্থ্যের প্ল্যানের দ্বারা প্রয়োজনীয় হলে আপনার স্বাস্থ্যের প্ল্যানের প্রতি প্রদেয় চেক বা মানি অর্ডার সংযুক্ত করা আবশ্যিক। আপীলের ফয়সালা আপনার পক্ষে হলে আপনাকে সেই ফি ফেরত দেওয়া হবে।

- | | |
|--------------------------------|--|
| অনুগ্রহ করে একটিতে
টিক দিন: | <input type="checkbox"/> স্বাস্থ্যের প্ল্যানের প্রতি প্রদেয় চেক বা মানি অর্ডার সংযুক্ত রয়েছে। |
| | <input type="checkbox"/> আবেদনপত্রটি ফ্যাক্স করা হয়েছে এবং বিভাগের কাছে ফি 3 দিনের মধ্যে ডাকযোগে পাঠানো হবে। |
| | <input type="checkbox"/> রোগী Medicaid বা Child Health Plus এর অধীনে আওতাভুক্ত। |
| | <input type="checkbox"/> রোগী অস্বচ্ছলতার জন্য ফি-তে ছাড় দেওয়ার অনুরোধ করেছেন এবং স্বাস্থ্যের প্ল্যানের কাছে নথিপত্র প্রদান করবেন। |
| | <input type="checkbox"/> স্বাস্থ্যের প্ল্যানের থেকে বহিঃস্থ আপীলের জন্য কোনও ফি নেওয়া হয় না বা ফি এর প্রয়োজন নেই। |

নিউ ইয়র্ক স্টেটের বহিঃস্থ আপীলের জন্য রেকর্ড প্রকাশে রোগীর সম্মতি

রোগীর, রোগীর মনোনীত ব্যক্তির বা রোগীর প্রদানকারীর স্বাস্থ্যের প্ল্যানগুলির দ্বারা কৃত কিছু নির্দিষ্ট প্রতিকূল নির্ধারণের বিরুদ্ধে বহিঃস্থ আপীলের অধিকার রয়েছে।

কোনও বহিঃস্থ আপীল দায়ের করা হলে রোগীর দ্বারা চিকিৎসার রেকর্ড প্রকাশের একটি সম্মতি দেওয়া, স্বাক্ষর করা ও তারিখ দেওয়া জরুরি। নিউ ইয়র্ক স্টেটের আর্থিক পরিষেবা বিভাগের দ্বারা বরাদ্দ করা একজন বহিঃস্থ আপীল এজেন্ট রোগীর স্বাস্থ্যের প্ল্যান ও স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীদের থেকে চিকিৎসার তথ্য প্রাপ্ত করতে এই সম্মতিটি ব্যবহার করবেন। বহিঃস্থ আপীল এজেন্টের নাম ও ঠিকানা চিকিৎসার তথ্যের অনুরোধের সঙ্গে প্রদান করা হবে।

আমি আমার স্বাস্থ্যের প্ল্যান ও প্রদানকারীদের বহিঃস্থ আপীল সংক্রান্ত যাবতীয় স্বাস্থ্যের বা চিকিৎসার রেকর্ড বহিঃস্থ আপীল এজেন্টের কাছে প্রকাশ করার অনুমতি দিচ্ছি, যার মধ্যে পড়বে HIV-সংক্রান্ত তথ্য, মানসিক স্বাস্থ্যের চিকিৎসার তথ্য অথবা মদের / বস্তুর অপব্যবহারের ব্যাধির চিকিৎসার তথ্য। আমি বুঝতে পেরেছি যে বহিঃস্থ আপীল এজেন্ট এই তথ্য কেবলমাত্র এই আপীলের সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্যই ব্যবহার করবেন এবং সেই তথ্য গোপন রাখা হবে এবং অন্য কারুর কাছে তা প্রকাশ করা যাবে না। এই প্রকাশ এক বছরের জন্য বৈধ। আমি যে কোনও সময় নিউ ইয়র্ক স্টেট আর্থিক পরিষেবা বিভাগের কাছে লিখিতভাবে যোগাযোগ করে আমার সম্মতি প্রত্যাহার করতে পারি, এর উপর নির্ভর করে নেওয়া পদক্ষেপের পরিসরে ছাড়া। আমি বুঝতে পেরেছি যে আমার স্বাস্থ্যের প্ল্যান আমি এই ফর্মে স্বাক্ষর করছি কিনা তার ভিত্তিতে চিকিৎসা, নথিভুক্ত করা, যোগ্যতা বা অর্থপ্রদানের উপর শর্তারোপ করতে পারে না। আমি স্বীকার করছি যে বহিঃস্থ আপীল এজেন্টের সিদ্ধান্তের ক্ষেত্রে বাধ্যতা রয়েছে। আমি এজেন্টের সিদ্ধান্তের পর্যালোচনা করতে বহিঃস্থ আপীল এজেন্টের বিরুদ্ধে আইনি প্রক্রিয়া শুরু করতে সম্মত হচ্ছি; যদিও তা এই শর্তে যে, এর ফলে আমার বহিঃস্থ আপীল এজেন্টের বিরুদ্ধে বিশ্বাসভঙ্গের বা সার্বিক গাফিলতির জন্য ক্ষতিপূরণের ব্যবস্থা করার অথবা আমার স্বাস্থ্যের প্ল্যানের বিরুদ্ধে পদক্ষেপ নেওয়ার অধিকারকে সীমাবদ্ধ করবে না।

রোগী বা রোগীর মনোনীত ব্যক্তি নিউ ইয়র্ক স্টেটের বহিঃস্থ আপীলের জন্য রেকর্ড প্রকাশে রোগীর সম্মতিতে স্বাক্ষর করার দ্বারা এই আবেদনটি জমা দিলে রোগী প্রত্যয়িত করবেন যে এই আবেদনে প্রদত্ত তথ্য তার শ্রেষ্ঠ জ্ঞান অনুসারে সত্য ও নির্ভুল।

নীচে রোগীর স্বাক্ষর করার প্রয়োজন রয়েছে। রোগী নাবালক/নাবালিকা হলে নথিটিতে তাদের পিতা/মাতা বা আইনি অভিভাবকের স্বাক্ষর করা আবশ্যিক। রোগী মারা গেলে এই নথিটি রোগীর স্বাস্থ্য পরিচর্যার প্রক্সি বা নির্বাহকের দ্বারা স্বাক্ষরিত হওয়া আবশ্যিক। কোনও অভিভাবক, পাওয়ার অব অ্যাটর্নি, স্বাস্থ্য পরিচর্যার প্রক্সি বা নির্বাহকের দ্বারা স্বাক্ষরিত হলে আইনত সমর্থনকারী নথির একটি প্রতিলিপি অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।

স্বাক্ষর:	
নাম মুদ্রিত করুন:	
রোগীর সঙ্গে সম্পর্ক, প্রয়োজ্য হলে:	
রোগীর নাম:	বয়স:
রোগীর স্বাস্থ্যের প্ল্যানের আইডি#:	
তারিখ: (প্রয়োজনীয়)	

একটি বহিঃস্থ আপীলের জন্য চিকিৎসকের প্রত্যয়ন

রোগীর চিকিৎসকের স্বাস্থ্যের প্ল্যানের কোনও পরিষেবাকে পরীক্ষামূলক/অনুসন্ধানমূলক; নিদানিক পরীক্ষা; বিরল রোগ; নেটওয়ার্ক বহির্ভূত হিসেবে প্রত্যাখ্যানের বিরুদ্ধে কোনও বহিঃস্থ আপীলের অথবা একটি দ্রুততর করা আপীলের জন্য এই প্রত্যয়ন সম্পূর্ণ করা আবশ্যিক। রোগীর প্রেসক্রিপশন প্রদানকারীও একটি দ্রুততর করা প্রস্তুতপ্রণালী সংক্রান্ত ব্যতিক্রমের আপীলের অনুরোধ করতে পারেন। আর্থিক পরিষেবা বিভাগ বা বহিঃস্থ আপীল এজেন্টের আপনার কাছে রোগীর চিকিৎসার রেকর্ড সহ অতিরিক্ত তথ্যের অনুরোধ করার প্রয়োজন হতে পারে। এই তথ্য সঙ্গে সঙ্গে প্রদান করতে হবে।

এই ঠিকানায় ডাকযোগে পাঠান: New York State Department of Financial Services, 99 Washington Avenue, Box 177, Albany, NY 12210 অথবা এই নম্বরে ফ্যাক্স করুন: (800) 332-2729.

পর্যালোচনার প্রকার অনুরোধ করা হয়েছে:	<input type="checkbox"/> প্রমিত আপীলের (30 দিন), অথবা একটি প্রস্তুত- প্রণালীবিহীন ওষুধের (72 ঘন্টা) জন্য	<input type="checkbox"/> দ্রুততর করা আপীলের (72 ঘন্টা), অথবা অথবা একটি প্রস্তুত- প্রণালীবিহীন ওষুধের (24 ঘন্টা) জন্য
দ্রুততর করা হলে একটিতে টিক দিন:	<input type="checkbox"/> দ্রুততর করা আপীল (72 ঘন্টা)। প্রত্যাখ্যানের সঙ্গে সংশ্লিষ্ট রয়েছে একবার ভর্তি হওয়া, পরিচর্যার উপলব্ধতা, অব্যাহত অবস্থান বা স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিষেবা যার জন্য রোগী আপংকালীন পরিষেবা পেয়েছেন ও হাসপাতালে ভর্তি রয়েছেন। <input type="checkbox"/> দ্রুততর করা আপীল (72 ঘন্টা)। 30-দিনের সময়সীমা রোগীর জীবন, স্বাস্থ্য বা সর্বাধিক কাজকর্ম করার সক্ষমতা ফিরে পাওয়াকে গুরুতরভাবে বিপন্ন করতে পারে অথবা বিলম্ব হলে তা রোগীর স্বাস্থ্যকে অনিবার্য বা গুরুতর আশঙ্কার সম্মুখীন করতে পারে। <input type="checkbox"/> দ্রুততর করা প্রস্তুতপ্রণালী সংক্রান্ত ব্যতিক্রম (24 ঘন্টা)। রোগী এমন একটি স্বাস্থ্যের অবস্থায় ভুগছেন যা তার জীবন, স্বাস্থ্য বা সর্বাধিক কাজকর্ম করার সক্ষমতা ফিরে পাওয়াকে গুরুতরভাবে বিপন্ন করতে পারে অথবা বর্তমানে তার প্রস্তুতপ্রণালীবিহীন ওষুধ ব্যবহার করে একটি চিকিৎসার কার্যক্রম চালু রয়েছে।	
দ্রুততর করা হলে উভয়ই পূরণ করুন:	<input type="checkbox"/> আমি এ বিষয়ে সচেতন রয়েছি যে বহিঃস্থ আপীল এজেন্ট আমার সঙ্গে চিকিৎসার রেকর্ড সহ চিকিৎসার তথ্যের জন্য কাজের দিন বাদে অন্যদিনেও যোগাযোগ করতে পারেন এবং এই যে, আমি বহিঃস্থ আপীল এজেন্টকে আমার চিকিৎসার তথ্য বা চিকিৎসার রেকর্ড প্রদান করেছি কিনা তা ব্যতিরেকে এই দ্রুততর করা আপীলের অনুরোধ পাওয়ার 72 ঘন্টার (বা প্রস্তুতপ্রণালীবিহীন ওষুধের জন্য 24 ঘন্টার) মধ্যে বহিঃস্থ আপীল এজেন্টের দ্বারা একটি সিদ্ধান্ত নেওয়া হবে। কাজের দিনের বাইরে অন্যদিনে আমাকে এখানে পাওয়া যাবে: ()	

- একটি **দ্রুততর করা আপীলের** জন্য, রোগীর চিকিৎসকের অথবা প্রস্তুতপ্রণালীবিহীন ওষুধের জন্য রোগীর প্রেসক্রিপশন করা চিকিৎসকের বা অপর প্রেসক্রিপশন প্রদানকারীর নীচের বক্সটি ও আইটেম **14** সম্পূর্ণ করা আবশ্যিক। **কোনও তথ্য বিবেচিত হতে গেলে আপনার সেটিকে সঙ্গে সঙ্গে এজেন্টের কাছে পাঠানো আবশ্যিক।**
- একটি **পরীক্ষামূলক/অনুসন্ধানমূলক** বলে প্রত্যাখ্যানের জন্য (নিদানিক পরীক্ষা বা বিরল রোগের চিকিৎসা ছাড়া) রোগীর চিকিৎসকের আইটেম **1-10 ও 14** সম্পূর্ণ করা আবশ্যিক।
- নিদানিক পরীক্ষা** প্রত্যাখ্যানের জন্য, রোগীর চিকিৎসকের আইটেম **1-9, 11 ও 14** সম্পূর্ণ করা আবশ্যিক।
- একটি **নেটওয়ার্ক বহির্ভূত** প্রত্যাখ্যানের জন্য (স্বাস্থ্যের প্ল্যানের থেকে এমন নেটওয়ার্ক-ভুক্ত পরিষেবা পেশ করা হয় যা বস্তুতঃ নেটওয়ার্ক বহির্ভূত পরিষেবার থেকে ভিন্ন নয়), রোগীর চিকিৎসকের আইটেম **1-10 ও 14** সম্পূর্ণ করা আবশ্যিক।
- একটি **নেটওয়ার্ক বহির্ভূত রেফারেল** প্রত্যাখ্যানের জন্য (স্বাস্থ্যের প্ল্যানের কাছে রোগীর স্বাস্থ্য পরিচর্যার চাহিদা মেটানোর জন্য উপযুক্ত প্রশিক্ষণ ও অভিজ্ঞতা সহ নেটওয়ার্ক-ভুক্ত কোনও প্রদানকারী নেই), রোগীর চিকিৎসকের আইটেম **1-9, 13 ও 14** সম্পূর্ণ করা আবশ্যিক।
- বিরল রোগের** প্রত্যাখ্যানের জন্য, চিকিৎসারত চিকিৎসক ছাড়া অন্য কোনও চিকিৎসকের আইটেম **1-9, 12 ও 14** পূরণ করা আবশ্যিক।

1. চিকিৎসকের (বা প্রেসক্রিপশন প্রদানকারীর) নাম যিনি এই ফর্মটি সম্পূর্ণ করছেন:	
<p>একটি পরীক্ষামূলক/অনুসন্ধানমূলক, নিদানিক পরীক্ষা, নেটওয়ার্ক বহির্ভূত পরিষেবা অথবা নেটওয়ার্ক বহির্ভূত রেফারেল প্রত্যাখ্যানের বিরুদ্ধে আপীল করতে চিকিৎসকের লাইসেন্স থাকা এবং রোগীর চিকিৎসা করার উপযুক্ত অনুশীলনের ক্ষেত্রে অনুশীলন করার জন্য বোর্ডের দ্বারা শংসিত বা বোর্ডের যোগ্য ও যোগ্যতাসম্পন্ন হওয়া আবশ্যিক। বিরল রোগের আপীলের জন্য চিকিৎসকের উপরের প্রয়োজনীয়তাগুলি পূরণ করা আবশ্যিক, তবে তিনি রোগীর চিকিৎসারত চিকিৎসক হতে পারবেন না।</p>	

2. চিকিৎসকের (বা প্রেসক্রিপশন প্রদানকারীর) ঠিকানা:	সড়ক:		
	শহর:	স্টেট:	জিপ কোড:
3. যোগাযোগের ব্যক্তি:			
4. ফোন নম্বর:	()	ফ্যাক্স:	()
5. চিকিৎসকের (বা প্রেসক্রিপশন প্রদানকারীর) ইমেল:			
6. রোগীর নাম:			
7. রোগীর ঠিকানা:			
8. রোগীর ফোন নম্বর:			
9. রোগীর স্বাস্থ্যের প্ল্যানের নাম ও আইডি নম্বর:			

10. পরীক্ষামূলক/অনুসন্ধানমূলক প্রত্যাখ্যান বা নেটওয়ার্ক বহির্ভূত পরিষেবা প্রত্যাখ্যান

(এই বিভাগটি কেবলমাত্র পরীক্ষামূলক/অনুসন্ধানমূলক প্রত্যাখ্যান বা নেটওয়ার্ক বহির্ভূত পরিষেবা প্রত্যাখ্যানের ক্ষেত্রে সম্পূর্ণ করুন। এই আইটেমটি নিদানিক পরীক্ষায় অংশগ্রহণের আপীল, বিরল ব্যাধি বা নেটওয়ার্ক বহির্ভূত রেফারেল প্রত্যাখ্যানের ক্ষেত্রে এই আইটেমটি সম্পূর্ণ করবেন না।)

ক। পরীক্ষামূলক/অনুসন্ধানমূলক প্রত্যাখ্যানের জন্য:

রোগীর চিকিৎসক হিসেবে আমি প্রত্যয়িত করছি যে (রদবদল না করে একটি নির্বাচন করুন):

অথবা	<input type="checkbox"/> প্রমিত স্বাস্থ্য পরিষেবা বা প্রণালীসমূহ অকার্যকর হয়েছে অথবা চিকিৎসাগতভাবে অনুপযুক্ত হবে।
	<input type="checkbox"/> এখানে স্বাস্থ্যের প্ল্যানের আওতাভুক্ত আর বেশি উপকারী প্রমিত স্বাস্থ্য পরিষেবা বা প্রণালীর অস্তিত্ব নেই।
এবং	<input type="checkbox"/> আমি এমন একটি স্বাস্থ্য পরিষেবা বা ওষুধজাতীয় পণ্যের সুপারিশ করেছি, নীচের গ ও ঘ-তে রূপরেখা দেওয়া চিকিৎসাগত ও বৈজ্ঞানিক প্রমাণের নিম্নলিখিত দুটি নথির ভিত্তিতে, রোগীর জন্য সম্ভবতঃ যে কোনও প্রমিত স্বাস্থ্য পরিষেবার তুলনায় বেশি উপকারী হবে।

খ. নেটওয়ার্ক বহির্ভূত পরিষেবা প্রত্যাখ্যানের জন্য

রোগীর চিকিৎসক হিসেবে আমি প্রত্যয়িত করছি যে নিম্নলিখিত নেটওয়ার্ক বহির্ভূত স্বাস্থ্য পরিষেবাটি (পরিষেবাটিকে চিহ্নিত করুন):

স্বাস্থ্যের প্ল্যানের সুপারিশ করা নেটওয়ার্কভুক্ত বিকল্প স্বাস্থ্য পরিষেবার থেকে বস্তুগতভাবে আলাদা এবং (নীচের **দুটি** চিকিৎসার ও বৈজ্ঞানিক প্রমাণের ভিত্তিতে) এবং নিদানিকভাবে সম্ভবতঃ নেটওয়ার্কভুক্ত বিকল্প স্বাস্থ্য পরিষেবার থেকে বেশি কার্যকর হবে এবং নেটওয়ার্কভুক্ত বিকল্প স্বাস্থ্য পরিষেবার তুলনায় অনুরোধ করা স্বাস্থ্য পরিষেবার প্রতিকূলতার ঝুঁকি সম্ভবতঃ যথেষ্ট বেশি হবে না।

গ। নির্ভর করা নথিপত্রের তালিকা তৈরি করুন ও নথিপত্রের একটি করে প্রতিলিপি সংযুক্ত করুন:

নথি #1 শিরোনাম:			
প্রকাশনার নাম:	জারি করার নম্বর:	তারিখ:	
নথি #2 শিরোনাম:			
প্রকাশনার নাম	জারি করার নম্বর:	তারিখ:	

ঘ। সমর্থনকারী নথিপত্র		
উপরে তালিকাভুক্ত চিকিৎসার ও বৈজ্ঞানিক প্রমাণ নিম্নলিখিত মাপকাঠিগুলির একটি পূরণ করে (দ্রষ্টব্য: সঙ্গী-পর্যালোচনা করা রচনার মধ্যে প্রকাশনা বা পরিপূরক কিছু নেই যা উল্লেখযোগ্য পরিমাণে কোনও ওষুধপত্র উৎপাদন কোম্পানি বা চিকিৎসা সরঞ্জাম নির্মাতার দ্বারা প্রযোজিত হয়েছে।)		প্রযোজ্য নথিটিতে টিক দিন:
<input type="checkbox"/>	সঙ্গী-পর্যালোচনা করা চিকিৎসা সংক্রান্ত রচনা, যার মধ্যে পড়ে যোগ্যতাসম্পন্ন প্রাতিষ্ঠানিক পর্যালোচনা বোর্ডের দ্বারা পর্যালোচনা ও অনুমোদন করা খেরাপি সংক্রান্ত রচনা, বায়োমেডিক্যাল সংক্ষিপ্তসার ও অন্যান্য যে রচনাগুলি Index Medicus, Excerpta Medicus, Medline ও MEDLARS এর ডেটাবেস হেলথ সার্ভিসেস টেকনোলজি অ্যাসেসমেন্ট রিসার্চ-এ সূচিভুক্ত করার জন্য ন্যাশনাল ইন্সটিটিউট অব হেলথ এর ন্যাশনাল লাইব্রেরি অব মেডিসিন এর মানদণ্ড পূরণ করে;	<input type="checkbox"/> নথি #1 <input type="checkbox"/> নথি #2
<input type="checkbox"/>	সঙ্গী দ্বারা পর্যালোচনা করা যে বৈজ্ঞানিক অধ্যয়নগুলি বৈজ্ঞানিক খসড়ার জাতীয় স্তরে স্বীকৃত প্রয়োজনীয়তা পূরণ করা চিকিৎসা পত্রিকাগুলিতে প্রকাশিত বা প্রকাশের জন্য গৃহীত এবং যে তাদের প্রকাশিত রচনাগুলির বেশিরভাগই সেই বিশেষজ্ঞদের দ্বারা পর্যালোচনা করার জন্য যারা সম্পাদকীয় কর্মীদের অংশ নন;	<input type="checkbox"/> নথি #1 <input type="checkbox"/> নথি #2
<input type="checkbox"/>	প্রধান চিকিৎসা সমিতির বৈঠকে উপস্থাপনের জন্য সঙ্গী দ্বারা পর্যালোচনা করা সারাংশ গৃহীত হয়েছে;	<input type="checkbox"/> নথি #1 <input type="checkbox"/> নথি #2
<input type="checkbox"/>	যুক্তরাষ্ট্রীয় সোশ্যাল সিকিউরিটি আইনের ধারা 1861(t)(2) এর অধীনে স্বাস্থ্য ও মানবিক পরিষেবাসমূহ সচিবের দ্বারা স্বীকৃত চিকিৎসা পত্রিকাগুলি;	<input type="checkbox"/> নথি #1 <input type="checkbox"/> নথি #2
<input type="checkbox"/>	নিম্নলিখিত প্রমিত রেফারেন্সের সংক্ষিপ্তসার: (i) আমেরিকান হসপিটাল ফর্মুলারি সার্ভিস ড্রাগ ইনফরমেশন; (ii) ন্যাশনাল কমপ্রিহেনসিভ ক্যান্সার নেটওয়ার্কের ড্রাগস অ্যান্ড বায়োলজিক্যাল কম্পেন্ডিয়াম; (iii) আমেরিকান ডেন্টাল অ্যাসোসিয়েশন অ্যাসোসিয়েটেড ডেন্টাল খেরাপিউটিক্স; (iv) টমসন মাইক্রোমেডেক্স ড্রাগডেক্স; অথবা (v) এলসেভিয়ার গোল্ড স্ট্যান্ডার্ড'স ক্লিনিক্যাল ফার্মাকোলজি; অথবা অথবা স্বাস্থ্য ও মানবিক পরিষেবাসমূহ সচিবের দ্বারা বা Centers for Medicare & Medicaid Services এর দ্বারা চিহ্নিত অন্যান্য সংক্ষিপ্তসার; অথবা একজন প্রধান সঙ্গী দ্বারা পর্যালোচনা করা পেশাদারী পত্রিকার পর্যালোচনা করা প্রবন্ধ বা সম্পাদকীয় মন্তব্যে সুপারিশ করা;	<input type="checkbox"/> নথি #1 <input type="checkbox"/> নথি #2
<input type="checkbox"/>	সেই যুক্তরাষ্ট্রীয় গবেষণা সংস্থাগুলির ও জাতীয় স্তরে স্বীকৃত যুক্তরাষ্ট্রীয় গবেষণা প্রতিষ্ঠানগুলির দ্বারা বা তাদের পৃষ্ঠপোষকতার অধীনে পরিচালিত আবিষ্কার, অধ্যয়ন বা গবেষণা, যাদের মধ্যে পড়ে যুক্তরাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য পরিচর্যার নীতি ও গবেষণা সংস্থা, ন্যাশনাল ইন্সটিটিউটস অব হেলথ, ন্যাশনাল ক্যান্সার ইন্সটিটিউট, ন্যাশনাল অ্যাকাডেমি অব সায়েন্সেস, হেলথ কেয়ার ফিন্যান্সিং অ্যাডমিনিস্ট্রেশন, কংগ্রেসনাল অফিস অব টেকনোলজি অ্যাসেসমেন্ট অথবা স্বাস্থ্য পরিষেবার চিকিৎসাগত মূল্যের মূল্যায়নের উদ্দেশ্যে ন্যাশনাল ইন্সটিটিউটস অব হেলথ এর দ্বারা স্বীকৃত কোনও জাতীয় বোর্ড।	<input type="checkbox"/> নথি #1 <input type="checkbox"/> নথি #2
11. নিদানিক পরীক্ষা প্রত্যখ্যান		
<input type="checkbox"/>	এমন নিদানিক পরীক্ষার অস্তিত্ব রয়েছে যেটি মুক্ত ও যার জন্য রোগী যোগ্য হতে পারেন এবং গৃহীত হয়েছেন বা হবেন।	
<p>প্রয়োজন না থাকা সত্ত্বেও আপনাকে নিদানিক পরীক্ষার প্রোটোকলগুলি ও তৎসম্পর্কিত তথ্য সংযুক্ত করার পরামর্শ দেওয়া হচ্ছে। নিদানিক পরীক্ষাটি সঙ্গী দ্বারা পর্যালোচনা করা অধ্যয়ন পরিকল্পনা হওয়া আবশ্যিক যেটি: (1) কোনও যোগ্যতাসম্পন্ন পর্যালোচনা বোর্ডের দ্বারা পর্যালোচনা ও অনুমোদন করা, এবং (2) ন্যাশনাল ইন্সটিটিউটস অব হেলথ (NIH)-গুলির একটির অথবা একটি NIH সমবায় গোষ্ঠীর বা কেন্দ্রের, অথবা একটি অনুসন্ধানমূলক নতুন ওষুধের ছাড়ের আকারে ফুড অ্যান্ড ড্রাগ অ্যাডমিনিস্ট্রেশনের, অথবা যুক্তরাষ্ট্রীয় প্রাক্তন সৈনিক বিভাগের অথবা একটি একক NIH ইন্সটিটিউটস ফর সেন্টার সাপোর্টস গ্রান্টস এর দ্বারা জারি করা নির্দেশিকায় চিহ্নিত করা যোগ্যতাসম্পন্ন অ-সরকারি গবেষণা সত্তা, NIH এর ঝুঁকির গবেষণার থেকে অফিস অব প্রোটেকশনের দ্বারা অনুমোদিত একাধিক প্রকল্পের নিশ্চয়তা আছে এমন একটি কেন্দ্রের প্রাতিষ্ঠানিক পর্যালোচনা বোর্ডের অনুমোদন প্রাপ্ত।</p>		

12. বিরল রোগের চিকিৎসা প্রত্যাখ্যান			
পরিষেবা প্রদানে কোনও প্রাতিষ্ঠানিক পর্যালোচনা বোর্ডের অনুমোদনের প্রয়োজন হলে অনুমোদন সংযুক্ত করুন।			
<input type="checkbox"/>	রোগীকে চিকিৎসারত চিকিৎসক ছাড়া অপর চিকিৎসক হিসেবে আমি প্রত্যয়িত করছি যে রোগীর এমন এক বিরল অবস্থা বা রোগ রয়েছে যার জন্য সম্ভবতঃ রোগীর পক্ষে অনুরোধ করা পরিষেবার চেয়ে নিদানিকভাবে বেশি উপকারী হতে পারে এমন কোনও প্রমিত চিকিৎসা নেই। অনুরোধ করা পরিষেবাটি রোগীর বিরল রোগের চিকিৎসায় রোগীর পক্ষে উপকারী হওয়ার সম্ভাবনা রয়েছে এবং এরূপ উপকার পরিষেবার ঝুঁকির গুরুত্বকে অতিক্রম করে যায়।		
<input type="checkbox"/> আমার পরিষেবার প্রদানকারীর সঙ্গে বস্তুগত আর্থিক বা পেশাদারী সম্পর্ক রয়েছে <input type="checkbox"/> নেই (একটিতে টিক দিন)।			
একটিতে টিক দিন:	<input type="checkbox"/> রোগীর বিরল রোগটি বর্তমানে বা ইতিপূর্বে ন্যাশনাল ইন্সটিটিউটস অব হেলথ রেয়ার ডিজিজেস ক্লিনিক্যাল রিসার্চ নেটওয়ার্ক এর গবেষণা অধ্যয়ন সাপেক্ষ ছিল		
	<input type="checkbox"/> রোগীর বিরল রোগটি বছরে 200,000 এর কম মার্কিন বাসিন্দাকে প্রভাবিত করে।		
13. নেটওয়ার্ক বহির্ভূত রেফারেল প্রত্যাখ্যান			
রোগীর চিকিৎসারত চিকিৎসক হিসেবে, আমি প্রত্যয়িত করছি যে স্বাস্থ্যের প্ল্যানের সুপারিশ করা নেটওয়ার্কভুক্ত স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর(দের) রোগীর সুনির্দিষ্ট স্বাস্থ্য পরিচর্যার চাহিদা পূরণ করার প্রশিক্ষণ ও অভিজ্ঞতা নেই। আমি নীচে চিহ্নিত সেই নেটওয়ার্ক বহির্ভূত প্রদানকারীর সুপারিশ করেছিলাম যার রোগীর সুনির্দিষ্ট স্বাস্থ্য পরিচর্যার চাহিদা পূরণ করার প্রশিক্ষণ ও অভিজ্ঞতা রয়েছে এবং যে অনুরোধ করা স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানে সক্ষম।			
নেটওয়ার্ক বহির্ভূত প্রদানকারীর নাম:			
নেটওয়ার্ক বহির্ভূত প্রদানকারীর ঠিকানা:			
নেটওয়ার্ক বহির্ভূত প্রদানকারীর প্রশিক্ষণ ও অভিজ্ঞতা: (যেমন, বোর্ডের শংসায়ন, এই অবস্থার চিকিৎসা করার বছর সংখ্যা, # সংখ্যক প্রণালী সম্পাদন করেছেন ও তার ফলাফল, অন্য কোনও প্রাসঙ্গিক তথ্য)।			
14. চিকিৎসকের (প্রেসক্রিপশন প্রদানকারীর) স্বাক্ষর			
আমি প্রত্যয়িত করছি যে উপরের তথ্য সত্য ও সঠিক। আমি বুঝতে পেরেছি যে আমি মিথ্যা বিবৃতি দেওয়ার কারণে পেশাদারী শাস্তিমূলক পদক্ষেপ সাপেক্ষ হতে পারি।			
চিকিৎসকের (বা প্রেসক্রিপশন প্রদানকারীর) স্বাক্ষর:		তারিখ:	
চিকিৎসকের (বা প্রেসক্রিপশন প্রদানকারীর) নাম: (স্পষ্টভাবে মুদ্রিত করুন):			