

## 紐約州外部申訴申請表

如果您是病人或者病人的代理人，請在計劃的最終不利健康服務裁決後的 4 個月內完成並發送此申請表；如果您  
是作為提供商向 DFS 申訴的，請在 60 天內完成並發送此申請表。

郵寄至：New York State Department of Financial Services, 99 Washington Avenue, Box 177, Albany NY, 12210  
或者發送傳真至：(800) 332-2729。如需要幫助，請撥打 (800) 400-8882 或者發送電子郵件至  
externalappealquestions@dfs.ny.gov。

1. 申請人姓名：					
2. 病人姓名：					
出生日期：	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 未標明				
3. 病人住址：		街道：			
		城市：	州：	郵編：	
4. 病人電話號碼：		主要：(    )		次要：(    )	
5. 病人電子郵箱地址：					
6. 病人健康計劃：		ID 號：			
7. 病人醫師/藥師：					
8. 醫師/藥師住址：		街道：			
		城市：	州：	郵編：	
9. 醫師/藥師電話號碼：		(    )	傳真：	(    )	
10. 如果病人擁有醫療補助管理護理計劃 (Medicaid Managed Care Plan)，則病人是否要求進行一場公允醫療補助聽證會，或者是否已獲得公允聽證會裁決？			<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不知道
11. 如果申請人是病人代理，請填寫本部分					
僅限代理人代表病人提交本申訴時填寫。如果病人的提供者是病人代理，請跳過本部分，填寫 14 部分。					
代理人姓名：					
與病人關係：					
住址：		街道：			
		城市：	州：	郵編：	
電話號碼：		(    )	傳真：	(    )	
代理人電子郵箱地址：					
12. 作出健康計劃拒絕決定的原因——僅可勾選一項，並附上一份包含除了「非醫用必須」以外的所有加快申訴和所有拒絕原因的完整的醫師證明)：					
<input type="checkbox"/> 非醫用必須		<input type="checkbox"/> 臨床實驗/臨床調查			
<input type="checkbox"/> 實驗性/調查性		<input type="checkbox"/> 罕見疾病實驗/罕見疾病調查			
<input type="checkbox"/> 網絡外，並且健康計劃提議了替代的網絡內服務		<input type="checkbox"/> 轉介至網絡外			
<input type="checkbox"/> 處方例外（承保個人和小團隊，醫療補助計劃 (Medicaid) 或兒童健康附加保險 (Child Health Plus) 除外）					

<b>13. 可能會加快申訴。</b> 加快的決定將在下述時間表內作出，即使病人、醫師或者藥師均沒有向外部申訴機構提供必要的醫療資訊。		
如果加快， 勾選一項：	<input type="checkbox"/> 加快申訴（72 小時）。 拒絕決定涉及住院、提供護理、延期出院或者病人急救和住院所需的醫療服務。	
	<input type="checkbox"/> 加快申訴（72 小時）。 30 天的時間將嚴重危害到病人的生命、健康或者重獲最大身體機能的能力；或延遲將對病人的健康造成潛在或嚴重的威脅；病人的醫師將填寫《醫師證明》並將其發送至紐約金融服務局。	
	<input type="checkbox"/> 加快處方例外（24 小時）。 病人正遭受嚴重危及生命、健康或重獲最大身體機能能力的身體健康狀況，或正在接受非處方藥物的當前療程治療，病人的處方醫師或其他藥師將會填寫醫師證明，並發送至金融服務部。	
如果標準， 請勾選 一項：	<input type="checkbox"/> 標準處方例外（72 小時）。	<input type="checkbox"/> 所有其他申訴的標準申訴（30 天）

\*\*\*如需加快，當傳真申請時，您須致電 **888-990-3991**\*\*\*

**14. 如果申請人是病人的提供商，請填寫本部分**

醫療保健提供商有權對併發或者后發的最終不利裁決提出外部申訴。本部分應由代表自己提出申訴或者作為病人代理提出申訴的提供商填寫。必須附上一級申訴的最初拒絕決定和最終不利裁決。

<input type="checkbox"/> 代表自己的提供商	<input type="checkbox"/> 以病人代理身份代表病人的提供商		
提供商名稱： 個人或企業代表提供商（若適用）： 通信聯絡人：			
通信地址：	街道：		
	城市：	州：	郵編：
電話號碼：	( )	傳真：	( )
電子郵箱地址：			

本人證明，本申請表中的資訊據本人所知真實準確。本人同意，如果外部申訴機構維持併發拒絕決定，則本人不會就服務向病人要求償付，僅收取共付額、共保額或者自付額。如果本人代表自己而不是作為病人代理對併發的拒絕決定提出申訴，本人同意全額支付外部申訴費用（如果維持健康計劃的併發拒絕決定），或者支付一半費用（如果部分維持健康計劃的併發拒絕決定）。本人同意不針對外部申訴機構提起法律訴訟，申請審核該機構的決定；前提是該條款不應限制本人針對外部申訴機構因信譽不良或重大過失造成損失而提起訴訟，或者針對健康計劃提起訴訟的權利。

提供商簽名：	
--------	--

<b>15. 服務描述與日期：</b> （添加任何您想要考慮的其他資訊）：	
<b>16. 外部申訴資格（勾選一項）：</b>	
	<input type="checkbox"/> 隨附健康計劃最終不利裁決。
	<input type="checkbox"/> 隨附放棄內部申訴的健康計劃書。
	<input type="checkbox"/> 病人同時申請加快內部申訴和外部申訴。
	<input type="checkbox"/> 健康計劃不符合病人內部申訴要求。
<b>17. 外部申訴費用</b>	
如果健康計劃要求，您必須附上一份針對健康計劃的支票或匯票 (money order)。如果申訴裁決對您有利，費用將退還給您。	
請勾選一項：	<input type="checkbox"/> 隨附針對健康計劃簽發的支票或匯票。
	<input type="checkbox"/> 已透過傳真發送申請表，且費用將在 3 天內郵寄至金融服務局。
	<input type="checkbox"/> 病人獲得醫療補助計劃 (Medicaid) 或兒童健康附加保險 (Child Health Plus)。
	<input type="checkbox"/> 病人因家庭困難申請免除費用，並且將向健康計劃提供證明文件。
	<input type="checkbox"/> 健康計劃不收取外部申訴的費用，或者不要求支付費用。

關於將記錄用於紐約州外部申訴的同意書

病人、病人的代理人和病人的提供商有權  
對健康計劃作出的不利裁決提出外部申訴。

提出外部申訴時，需要提交一份由病人簽名並填寫日期的醫療記錄使用同意書。由紐約州金融服務局任命的外部申訴機構將使用此同意書從病人的健康計劃和醫療服務提供商處獲得醫療資訊。外部申訴機構的名稱和地址將隨同醫療資訊申請一併提供。

本人授權本人的健康計劃和提供商向外部申訴機構披露所有與外部申訴相關的醫療或治療記錄，包括任何艾滋病相關資訊、心理健康治療資訊或者酒精/藥物使用治療資訊。本人理解，外部申訴機構將僅將該資訊用於作出申訴決定，並且該資訊將嚴格保密，不會透露給任何其他人。資訊提供有效期為一年。本人可以透過書面通知紐約州金融服務局的方式隨時撤銷此同意書，除非已經採取的行為必須依賴此同意書才能生效。本人理解，本人在健康計劃下的治療、參加、資格或付款不會因為本人是否簽署此表格而受到影響。本人承認外部申訴機構作出的決定具有約束力。本人同意不針對外部申訴機構提起法律訴訟，申請審核該機構的決定；前提是該條款不應限制本人針對外部申訴機構因信譽不良或重大過失造成損失而提起訴訟，或者針對本人的健康計劃提起訴訟的權利。

如果病人或者病人代理簽署了此《關於將記錄用於紐約州外部申訴的同意書》並提交此申請，則病人證明此申請內的資訊據其所知真實準確。

病人必須在下方簽名。如果病人為未成年人，該文件必須由其父母或者法定監護人簽名。如果病人已經過世，該文件必須由病人的醫療服務代理人或執行人簽名。如果由監護人、委託書、醫療服務代理人或執行人簽名，需要一併提交合法的證明文件。

簽名：

正楷姓名：

與病人關係（如適用）：

病人姓名：

年齡：

病人的健康計劃 ID 號：

日期：  
（必填）

## 外部申訴醫師證明

病人的醫師必須為針對實驗性/調查性、臨床試驗、罕見疾病、網絡外、或者加快申請等類別的健康計劃服務拒絕決定提出的外部申訴填寫此證明。病人的藥師也可能要求加快處方例外申訴。金融服務局或者外部申訴機構可能需要您提供更多資訊，包括病人的醫療記錄。應立即提供該資訊。

郵寄至： New York State Department of Financial Services, 99 Washington Avenue, Box 177, Albany, NY 12210  
或者發送傳真至： (800) 332-2729。

申請的審核類型：	<input type="checkbox"/> 標準申訴（30 天）或非處方藥物（72 小時）	<input type="checkbox"/> 加快申訴（72 小時）或非處方藥物（24 小時）
如果加快，勾選一項：	<input type="checkbox"/> 加快申訴（72 小時）。拒絕決定涉及住院、提供護理、延期出院或者病人急救和住院所需的醫療服務。 <input type="checkbox"/> 加快申訴（72 小時）。30 天的時間將嚴重危及病人的生命、健康或最大化恢復身體機能的能力，或延遲將對患者的健康構成嚴峻或嚴重的威脅。 <input type="checkbox"/> 加快處方例外（24 小時）。病人正遭受嚴重危及生命、健康或重獲最大身體機能能力的身體健康狀況，或正在接受非處方藥物的當前療程治療。	
如果加快，請完成兩個：	<input type="checkbox"/> 本人瞭解，外部申訴機構可能需要在非工作日聯絡本人獲取醫療資訊（包括醫療記錄），並且外部申訴機構將在收到加快申訴請求的 72 小時（或非處方藥物的 24 小時）之內作出決定，無論本人是否向外部申訴機構提供了醫療資訊或者醫療記錄。 <hr/> 在非工作日期間可以聯絡到本人的電話號碼：(     )	

- 對於加快申訴，病人的醫師，或如果是非處方藥物，則病人的處方醫師或其他藥師必須填寫以下方框和第 14 項。您必須立即向該機構發送資訊以便該資訊能夠被納入考慮範圍。
- 對於實驗性/調查性的拒絕決定（不是臨床試驗或者罕見疾病治療），病人醫師必須填寫第 1-10 和 14 項。
- 對於臨床試驗的拒絕決定，病人醫師必須填寫第 1-9、11 和 14 項。
- 對於網絡外服務的拒絕決定（健康計劃提供與替代的網絡內服務，與網絡外服務沒有重大差別），病人醫師必須填寫第 1-10 和 14 項。
- 對於轉介至網絡外的拒絕決定（健康計劃沒有經過充分培訓且擁有足夠經驗滿足病人醫療保健需求的網絡內服務提供商），病人醫師必須填寫第 1-9、13 和 14 項。
- 對於罕見疾病的拒絕決定，醫師（不是主治醫師）必須填寫第 1-9、12 和 14 項。

1. 填寫表格的醫師（或藥師）姓名：	
<p>為了對實驗性/調查性、臨床試驗、網絡外服務或者轉介至網絡外的拒絕決定提出申訴，醫師必須擁有行醫執照，獲得專業認證或者專業資格，並且在病人治療的專業領域擁有執業資格。對於罕見疾病申訴，醫師無需為病人的主治醫師，但是必須滿足上述要求。</p>	

2. 醫師（或藥師）住址：		街道：			
		城市：	州：	郵編：	
3. 聯絡人：					
4. 電話號碼：		( )	傳真：	( )	
5. 醫師（或藥師）電郵地址：					
6. 病人姓名：					
7. 病人住址：					
8. 病人電話號碼：					
9. 病人健康計劃名稱和 ID 號：					
<b>10. 實驗性/調查性拒絕決定或者網絡外服務拒絕決定</b> （僅實驗性/調查性拒絕決定或者網絡外服務拒絕決定需要填寫此部分。臨床試驗參與、罕見疾病或者轉介至網絡外拒絕決定的申訴請勿填寫此項。）					
<b>a. 對於實驗性/調查性拒絕決定：</b>					
作為病人醫師，本人證明（選擇一項，不可更改）：					
或者	<input type="checkbox"/> 標準醫療衛生服務或流程已經無效，或者在醫療上不適用。				
	<input type="checkbox"/> 健康計劃網絡內不存在更加有益的標準醫療衛生服務或流程。				
以及	<input type="checkbox"/> 本人推薦的醫療衛生服務或藥品根據列於下文 <b>c</b> 欄和 <b>d</b> 欄的醫療證明和科學證明這兩個文件顯示，很可能比承保的標準醫療衛生服務對病人更加有益。				
<b>b. 對於網絡外服務拒絕決定</b>					
<input type="checkbox"/> 作為病人醫師，本人證明下列網絡外醫療衛生服務（識別服務）：					
與健康計劃推薦的替代網絡內醫療衛生服務有重大差別，並且（根據以下兩個醫療和科學證明文件顯示）很可能比替代的網絡內醫療衛生服務對病人更加有益，且申請的醫療衛生服務的不利風險可能不會比替代的網絡內醫療衛生服務大很多。					
<b>c. 列出證明文件，並附上文件的複印件：</b>					
文件 1 標題：					
出版物名稱：		發行編號：		日期：	
文件 2 標題：					
出版物名稱		發行編號：		日期：	

<b>d. 支持文件</b>	
上文列出的醫療和科學證明符合以下其中一項標準（註：同行評審的文獻不包括製藥公司或醫療設備製造商傾力贊助的出版物或補充文件。）	
	勾選適用的文件：
<input type="checkbox"/>	同行評審的醫療文獻，包括與合格的機構評審委員會審核並批准的療法相關的文獻、符合美國國立衛生研究院國家醫學圖書館醫學用於 <b>Index Medicus</b> 、 <b>Excerpta Medicus</b> 、 <b>Medline</b> 和 <b>MEDLARS</b> 數據庫的索引標準以及醫療衛生服務技術評估研究等標準的生物醫學匯編和其他醫療文獻；
	<input type="checkbox"/> 文件 1 <input type="checkbox"/> 文件 2
<input type="checkbox"/>	同行評審的科學研究，發表于或由滿足發表科學文章的全國認可的要求的醫學雜誌發行，並且將大部分出版的文章提交給非編輯組成員的專家審核；
	<input type="checkbox"/> 文件 1 <input type="checkbox"/> 文件 2
<input type="checkbox"/>	在重要醫療協會會議上演講的同行評審文摘；
	<input type="checkbox"/> 文件 1 <input type="checkbox"/> 文件 2
<input type="checkbox"/>	根據《聯邦社會安全法》第 1861(t)(2) 條規定被衛生與公共服務部長認可的醫學雜誌；
	<input type="checkbox"/> 文件 1 <input type="checkbox"/> 文件 2
<input type="checkbox"/>	下列標準參考文件匯編： <b>(i)</b> 美國醫院處方服務藥物資訊； <b>(ii)</b> 全國綜合性癌症網路藥物與生物製劑匯編； <b>(iii)</b> 美國牙科協會認可的牙體治療學； <b>(iv)</b> Thomson Micromedex DrugDex；或 <b>(v)</b> 愛思唯爾金色標準 (Elsevier Gold Standard) 的臨床藥理學；或其他衛生與公共服務部長或醫療護理與醫療救助服務中心認可的其他匯編；或主要同行評審專業雜誌的評論文章或編輯部評論中推薦的其他匯編；
	<input type="checkbox"/> 文件 1 <input type="checkbox"/> 文件 2
<input type="checkbox"/>	由聯邦政府機構和全國性聯邦研究機構贊助的研究成果，包括聯邦醫療護理政策與研究所、國立衛生研究所、國立癌症研究所、美國國家科學院、保健財務管理局、國會技術評估辦公室以及國立衛生研究院爲了評估醫療保健服務的醫療價值而認可的其他全國性委員會。
	<input type="checkbox"/> 文件 1 <input type="checkbox"/> 文件 2
<b>11. 臨床試驗拒絕決定</b>	
<input type="checkbox"/>	有些臨床試驗對病人開放，病人有資格且很有可能被接受參加該試驗。
雖然不強制要求，但是仍然建議您附上臨床試驗協議和相關資訊。臨床試驗必須是經過同行評審的研究計劃，且已經： <b>(1)</b> 獲得合格機構評審委員會的審批，且 <b>(2)</b> 獲得一家國立衛生研究所 (NIH) 批准，或者 NIH 合作團體或中心的批准，或者被食品藥品監管局以研究性新藥品免檢的形式批准，或者獲得由獨立的 NIH 協會發表的指南內列出的能夠獲得中心支持撥款的聯邦退伍軍人事務部或者其他合格的非政府研究機構的批准，或者獲得一家有多個項目擔保獲得 NIH 研究風險防護辦公室批准的機構評審委員會的批准。	

<b>12. 罕見疾病治療拒絕決定</b>			
如果提供服務需要獲得機構評審委員會的批准，請納入或附上批准書。			
<input type="checkbox"/>	作為一名醫師，而不是病人的主治醫師，本人證明病人患有罕見疾病，且沒有一種標準治療方法比申請的服務對病人更加有益。申請的服務很可能對治療病人的罕見疾病起作用，這種功效要大於服務的風險。		
本人與服務提供商 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有重大的財務關係或工作關係（勾選一項）。			
勾選一項：	<input type="checkbox"/> 病人的罕見疾病當前或之前曾經是國立衛生研究院罕見疾病臨床研究網路的研究對象。		
	<input type="checkbox"/> 每年患此罕見疾病的美國居民數量少於 200,000 人。		
<b>13. 轉介至網絡外的拒絕決定</b>			
作為病人的主治醫師，本人證明，由健康計劃推薦的醫療保健提供商未受過充分的培訓且不具備足夠的經驗滿足病人特定的醫療保健需求。本人推薦下文列出的網絡外提供商，其經過充分的培訓，具備足夠的經驗滿足病人特定的醫療保健需求，且能夠提供要求的醫療衛生服務。			
網絡外提供商名稱：			
網絡外提供商地址：			
網絡外提供商的培訓和經驗： （例如：獲得專業協會認證、擁有多年治療類似病症的經驗、執行流程的數量和結果、以及其他相關資訊）。			
<b>14. 醫師（或藥師）簽名</b>			
本人證明，上述資訊真實準確。本人理解，如果本人作出錯誤陳述，本人將受到行業紀律處分。			
醫師（或藥師）簽名：		日期：	
醫師（或藥師）姓名 （用正楷清楚地書寫）：			