

ZEWNĘTRZNY WNIOSEK O ODWOŁANIE W STANIE NOWY JORK

Wypełnij i wyślij ten wniosek w ciągu 4 miesięcy od ostatecznego niekorzystnego rozstrzygnięcia planu dotyczącego świadczeń zdrowotnych, jeśli jesteś pacjentem lub osobą przez niego wyznaczoną, lub w ciągu 60 dni, jeśli jesteś dostawcą, który odwołuje się we własnym imieniu do DFS.

Wyślij do: New York State Department of Financial Services, 99 Washington Avenue, Box 177, Albany, NY 12210 or
Fax to: (800) 332-2729. Aby uzyskać pomoc, zadzwoń (800) 400-8882 lub wyślij e-mail do
externalappealquestions@dfs.ny.gov.

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy:				
2. Imię i nazwisko pacjenta:				
	Data urodzenia:	Płeć: <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Nie wyznaczona/Inna		
3. Adres pacjenta:		Ulica:		
		Miasto:	Stan:	Numer Kodu:
4. Numer telefonu pacjenta:		Podstawowy: ()	Wtórny: ()	
5. Adres e-mail pacjenta:				
6. Ubezpieczenie zdrowotne pacjenta:		ID #:		
7. Lekarz pacjenta:				
8. Adres lekarza		Ulica:		
		Miasto:	Stan:	Numer Kodu:
9. Numer telefonu lekarza		()	Fax:	()
10. Jeśli pacjent posiada plan opieki zarządzanej w Medicaid, czy pacjent poprosił o przesłuchanie za pośrednictwem Medicaid lub otrzymał orzeczenie o sprawiedliwym przesłuchaniu?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie wiem
11. Wypełnić, jeśli wnioskodawca jest osobą wyznaczoną przez pacjenta				
Wypełnij tę sekcję tylko wtedy, gdy osoba wyznaczona składa odwołanie w imieniu pacjenta. Jeśli dostawcą pacjenta jest pacjenta provider wypełnić należy sekcję 14 zamiast tej sekcji.				
Imię i nazwisko osoby wyznaczonej:				
Relacja z pacjentem:				
Adres:		Ulica:		
		Miasto:	Stan:	Numer Kodu:
Numer telefonu:		()	Fax:	()
Adres e-mail osoby wyznaczonej:				
12. Przyczyna odmowy ubezpieczenia zdrowotnego – zaznacz tylko jedną i dołącz wypełnione zaświadczenie lekarskie dla wszystkich przyspieszonych odwołań i wszystkich powodów odmowy, z wyjątkiem przypadków nieuzasadnionych z medycznego punktu widzenia:				
	<input type="checkbox"/> Nieuzasadnione z medycznego punktu widzenia		<input type="checkbox"/> Eksperymentalne/badawcze do badania klinicznego	
	<input type="checkbox"/> Eksperymentalne/badawcze		<input type="checkbox"/> Eksperymentalne/badawcze dotyczące rzadkiej choroby	
	<input type="checkbox"/> Poza siecią i plan zdrowotny zaproponował alternatywną usługę w sieci		<input type="checkbox"/> Odesłanie spoza sieci	
	<input type="checkbox"/> Wyjątek (dla ubezpieczenia indywidualnego i małych grup, innych niż Medicaid lub Child Health Plus)			

<p>13. Odwołanie to może zostać przyspieszone. Przyspieszone decyzje podejmowane są w ramach czasowych opisanych poniżej, nawet jeśli pacjent, lekarz lub lekarz przepisujący nie dostarcza niezbędnych informacji medycznych zewnętrznemu agentowi odwoławczemu.</p>			
Jeśli przyspieszony, zaznacz jeden:	<input type="checkbox"/> Odwołanie przyspieszone (72 godziny). Odmowa dotyczy przyjęcia, dostępności opieki, kontynuacji pobytu lub świadczenia opieki zdrowotnej, z powodu której pacjent otrzymał pomoc w nagłych wypadkach i pozostaje w szpitalu.		
	<input type="checkbox"/> Odwołanie przyspieszone (72 godziny). 30-dniowy termin poważnie zagrazi życiu, zdrowiu lub zdolności pacjenta do odzyskania pełnej sprawności, lub opóźnienie będzie stanowić bezpośrednie lub poważne zagrożenie dla zdrowia pacjenta, a lekarz pacjenta wypełni zaświadczenie lekarskie i prześle je do Oddziału usług finansowych.		
	<input type="checkbox"/> Wyjątek dotyczący przyspieszonej receptury (24 godziny). Pacjent cierpi na schorzenie, które może poważnie zagrazić jego życiu, zdrowiu lub zdolności do odzyskania maksymalnych funkcji, lub jest w trakcie aktualnego leczenia z użyciem leku nieformalnego, a lekarz przepisujący pacjentowi lub inny lekarz przepisujący zaświadczenie lekarskie i przesać je do Zakładu Usług finansowych..		
Jeśli Standard zaznacz jeden:	<input type="checkbox"/> Wyjątek dotyczący standardowej receptury (72 godziny)	<input type="checkbox"/> Standardowe Odwołanie dla wszystkich pozostałych odwołań (30 dni)	
<p>*** W trybie przyspieszonym musisz zadzwonić pod numer 888-990-3991, gdy wniosek zostanie wysłany faksem***</p>			
<p>14. Wypełnić, jeśli wnioskodawca jest świadczeniodawcą pacjenta</p>			
<p>Świadczeniodawcy mają prawo do odwołania się na zewnątrz w przypadku jednoczesnego lub retrospektywnego ostatecznego niekorzystnego rozstrzygnięcia. Ta część powinna zostać wypełniona przez świadczeniodawców odwołujących się we własnym imieniu lub odwołujących się jako osoba wyznaczona przez pacjenta. Należy dołączyć pierwotną odmowę i ostateczne negatywne rozstrzygnięcie z pierwszego poziomu odwołania.</p>			
<input type="checkbox"/> Świadczeniodawca składa wniosek we własnym imieniu		<input type="checkbox"/> Świadczeniodawca składa wniosek jako wyznaczony w imieniu pacjenta	
Imię i nazwisko świadczeniodawcy:			
Osoba lub firma reprezentująca świadczeniodawcę (jeśli dotyczy):			
Osoba kontaktowa do korespondencji:			
Adres do korespondencji:	Ulica:		
	Miasto:	Stan:	Numer kodu:
Numer telefonu:	()	Fax:	()
Adres e-mail:			
<p>Poświadczam, że informacje podane w niniejszym wniosku są prawdziwe i dokładne zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Zgadzam się nie dochodzić zwrotu za usługę od pacjenta, jeśli jednoczesna odmowa zostanie podtrzymana przez zewnętrznego agenta odwoławczego, z wyjątkiem pobrania współpłacenia, współubezpieczenia lub udziału własnego. Jeśli odwołam się od jednoczesnej odmowy we własnym imieniu, a nie jako osoba wyznaczona przez pacjenta, zgadzam się uiścić pełną opłatę zewnętrznego agenta odwoławczego, jeśli jednoczesna odmowa planu zdrowotnego zostanie podtrzymana, lub zapłacić połowę opłaty agenta, jeśli plan zdrowotny jest jednoczesna odmowa jest częściowo podtrzymana. Zgadzam się nie wszczynać postępowania sądowego przeciwko zewnętrznemu agentowi odwoławczemu w celu sprawdzenia decyzji agenta; pod warunkiem jednak, że nie ogranicza to mojego prawa do wytoczenia powództwa przeciwko zewnętrznemu agentowi odwoławczemu o odszkodowanie z powodu złej wiary lub rażącego niedbalstwa, ani do wniesienia powództwa przeciwko ubezpieczeniu zdrowotnemu.</p>			
Odpis świadczeniodawcy:			

15. Opis i data(y) Usługi: (Załącz wszelkie dodatkowe informacje, które chcesz wziąć pod uwagę):	
16. Kwalifikacja do odwołania zewnętrznego (zaznacz jedno):	
	<input type="checkbox"/> W załączeniu ostateczne niekorzystne orzeczenie z planu zdrowotnego.
	<input type="checkbox"/> W załączeniu pismo dotyczące planu zdrowotnego, w którym nie ma odwołania wewnętrznego.
	<input type="checkbox"/> Pacjent prosi o przyspieszone odwołanie wewnętrzne w tym samym czasie, co odwołanie zewnętrzne.
	<input type="checkbox"/> Plan opieki zdrowotnej nie spełniał wewnętrznych wymogów odwoławczych dotyczących odwołania pacjentów.
17. Opłata za odwołanie zewnętrzne	
Musisz dołączyć czek lub przekaz pieniężny wystawiony do planu zdrowotnego, jeśli wymaga tego plan zdrowotny. Jeśli odwołanie zostanie rozstrzygnięte na Twoją korzyść, opłata zostanie Ci zwrócona.	
Proszę zaznaczyć jeden:	<input type="checkbox"/> W załączeniu czek lub przekaz pieniężny wystawiony na ubezpieczenie zdrowotne.
	<input type="checkbox"/> Zgłoszenie zostało przesłane faksem, a opłata zostanie wysłana do Departamentu w ciągu 3 dni.
	<input type="checkbox"/> Pacjent jest objęty ubezpieczeniem Medicaid lub Child Health Plus.
	<input type="checkbox"/> Pacjent prosi o zwolnienie z opłaty za trudy i dostarczy dokumentację do planu zdrowotnego.
	<input type="checkbox"/> Plan zdrowotny nie pobiera opłaty za odwołanie zewnętrzne lub opłata nie jest wymagana.

ZGODA PACJENTA NA ZWOLNIENIE REJESTRÓW DO ODWOŁANIA ZEWNĘTRZNEGO STANU NOWY JORK

Pacjent, osoba wyznaczona przez pacjenta i świadczeniodawca pacjenta mają prawo do odwołania się na ponownie (zewnątrznie) od pewnych niekorzystnych ustaleń dokonanych przez plany zdrowotne.

W przypadku wniesienia odwołania zewnętrznego konieczna jest zgoda na udostępnienie dokumentacji medycznej podpisana i opatrzona datą przez pacjenta. Zewnętrzny agent odwoławczy wyznaczony przez Departament Usług Finansowych Stanu Nowy Jork wykorzysta tę zgodę w celu uzyskania informacji medycznych od planu zdrowotnego pacjenta i dostawców opieki zdrowotnej. Nazwisko i adres zewnętrznego agenta odwoławczego zostaną dostarczone wraz z prośbą o informacje medyczne.

Upoważniam mój plan opieki zdrowotnej i świadczeniodawców do udostępnienia zewnętrznej dokumentacji medycznej lub medycznej związanej z odwołaniem zewnętrznym, w tym wszelkich informacji związanych z HIV, informacji dotyczących leczenia zdrowia psychicznego lub informacji o leczeniu nadużywania alkoholu / substancji, zewnętrznemu agentowi odwoławczemu. Rozumiem, że zewnętrzny agent odwoławczy wykorzysta te informacje wyłącznie do podjęcia decyzji w sprawie odwołania, a informacje te będą poufne i nie zostaną ujawnione nikomu innemu. To wydanie jest ważne przez rok. Mogę odwołać swoją zgodę w dowolnym momencie, z wyjątkiem działań podejmowanych na jej podstawie, kontaktując się na piśmie z Departamentem Usług Finansowych Stanu Nowy Jork. Rozumiem, że mój plan zdrowotny nie może uzależniać leczenia, rejestracji, kwalifikowalności ani płatności od tego, czy podpiszę ten formularz. Potwierdzam, że decyzja zewnętrznego agenta odwoławczego jest wiążąca. Zgadzam się nie wszczynać postępowania sądowego przeciwko zewnętrznemu agentowi odwoławczemu w celu sprawdzenia decyzji agenta; pod warunkiem jednak, że nie ogranicza to mojego prawa do wytoczenia powództwa przeciwko zewnętrznemu agentowi odwoławczemu o odszkodowanie z tytułu złej wiary lub rażącego niedbalstwa, ani do wniesienia powództwa przeciwko mojemu planowi zdrowotnemu.

Jeśli pacjent lub osoba przez niego wyznaczona złoży niniejszy wniosek, podpisując Zgodę pacjenta na udostępnienie dokumentacji do odwołania zewnętrznego stanu Nowy Jork, pacjent poświadczają, że informacje podane w niniejszym wniosku są prawdziwe i dokładne zgodnie z jego najlepszą wiedzą.

Poniżej wymagany jest podpis pacjenta. Jeśli pacjent jest osobą niepełnoletnią, dokument musi być podpisany przez rodzica lub opiekuna prawnego. Jeżeli pacjent nie żyje, dokument musi być podpisany przez pełnomocnika lub wykonawcę testamentu. W przypadku podpisania przez opiekuna, pełnomocnictwo, pełnomocnika lub wykonawcę testamentu należy dołączyć kopię prawnego dokumentu potwierdzającego.

Podpis:			
Imię i nazwisko drukowanymi:			
Stosunek do pacjenta, jeśli dotyczy:			
Imię i nazwisko pacjenta:		Wiek:	
Identyfikator planu zdrowotnego pacjenta:			
Data: (wymagana)			

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA O ODWOŁANIU ZEWNĘTRZNYM

Lekarz pacjenta musi wypełnić to zaświadczenie w przypadku jakiegokolwiek zewnętrznego odwołania odmowy świadczenia usług w ramach planu zdrowotnego jako eksperymentalnego/badawczego; badanie kliniczne; rzadka choroba; poza siecią; lub przyspieszonego odwołania. Lekarz przepisujący pacjentowi może również zażądać przyspieszonego odwołania od wyjątku z receptariusza. Departament Usług Finansowych lub zewnętrzny agent odwoławczy mogą wymagać od Ciebie dodatkowych informacji, w tym dokumentacji medycznej pacjenta. Informacje te należy podać niezwłocznie.

Wyślij e-mail na adres: Departament Usług Finansowych Stanu Nowy Jork, 99 Washington Avenue, Box 177, Albany NY, 12210 lub faks na: (800) 332-2729.

Wymagany rodzaj odwołania	<input type="checkbox"/> Standardowe Odwołanie (30 dni) lub w przypadku recepty lekarskiej (72 godziny)	<input type="checkbox"/> Odwołanie przyspieszone (72 godziny) lub w przypadku recepty lekarskiej (24 godziny)
Jeśli tryb przyspieszony, zaznacz jeden:	<input type="checkbox"/> Odwołanie przyspieszone (72 godziny). Odmowa dotyczy przyjęcia, dostępności opieki, kontynuacji pobytu lub świadczenia opieki zdrowotnej, z powodu której pacjent otrzymał pomoc w nagłych wypadkach i pozostaje w szpitalu. <input type="checkbox"/> Odwołanie przyspieszone (72 godziny). 30-dniowy termin poważnie zagrazi życiu, zdrowiu lub zdolności pacjenta do odzyskania pełnej sprawności, a opóźnienie będzie stanowić bezpośrednie lub poważne zagrożenie dla zdrowia pacjenta. <input type="checkbox"/> Wyjątek dotyczący przyspieszonej receptury (24 godziny). Pacjent cierpi na schorzenie, które może poważnie zagrazić jego życiu, zdrowiu lub zdolności do odzyskania maksymalnych funkcji lub jest w trakcie aktualnego leczenia z użyciem leku nieformularnego.	
Jeśli tryb przyspieszony, wypełnij oba:	<input type="checkbox"/> Zdaję sobie sprawę, że zewnętrzny agent odwoławczy może być zmuszony do skontaktowania się ze mną w dni wolne od pracy w celu uzyskania informacji medycznych, w tym dokumentacji medycznej, oraz że decyzja zostanie podjęta przez zewnętrznego agenta odwoławczego w ciągu 72 godzin (lub 24 godziny w przypadku leku nie na receptę) otrzymania tego przyspieszonego wniosku odwoławczego, niezależnie od tego, czy przekażę informacje medyczne lub dokumentację medyczną zewnętrznemu agentowi odwoławczemu.	
	W dni wolne od pracy jestem dostępny pod numerem: ()	

- W przypadku **odwołania w trybie przyspieszonym**, lekarz pacjenta lub w przypadku leku nieformalnego, lekarz przepisujący pacjentowi lub inny lekarz przepisujący lek, musi wypełnić pole poniżej oraz punkt **14**. **Należy niezwłocznie wysłać informację do agenta, aby mogła zostać rozpatrzona.**
- W przypadku odmowy **eksperymentalnej/badawczej** (innej niż badanie kliniczne lub leczenie choroby rzadkiej) lekarz pacjenta musi wypełnić pozycje **1-10 i 14**.
- W przypadku odmowy **badania klinicznego** lekarz pacjenta musi wypełnić punkty **1-9, 11 i 14**.
- W przypadku odmowy świadczenia **usług poza siecią** (plan zdrowotny oferuje alternatywną usługę w sieci, która nie różni się istotnie od usługi poza siecią), lekarz pacjenta musi wypełnić punkty **1-10 i 14**.
- W przypadku odmowy **skierowania poza sieć** (w planie zdrowotnym nie ma dostawcy działającego w sieci z odpowiednim przeszkoleniem i doświadczeniem w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych pacjenta), lekarz pacjenta musi wypełnić punkty **1 - 9, 13 i 14**.
- W przypadku zaprzeczenia **choroby rzadkiej** lekarz, inny niż lekarz prowadzący, musi wypełnić punkty **1-9, 12 i 14**.

1. Imię i nazwisko lekarza (lub przepisującego) wypełnienie tego formularza:	
Aby odwołać się od eksperymentalnego/badawczego, badania klinicznego, usługi poza siecią lub odmowy skierowania poza sieć, lekarz musi być licencjonowany i certyfikowany przez radę lub kwalifikować się przez radę oraz posiadać kwalifikacje do wykonywania zawodu w dziedzinie praktyki właściwej dla leczyć pacjenta. W przypadku odwołania dotyczącego choroby rzadkiej lekarz musi spełnić powyższe wymagania, ale nie może być lekarzem prowadzącym pacjenta.	

2. Adres lekarza (lub lekarza przepisującego lek):	Ulica:		
	Miasto:	Stan:	Numer kodu:
3. Osoba kontaktowa:			
4. Numer telefonu:	()	Fax:	()
5. Email lekarza (lub lekarza przepisującego lek):			
6. Imię i nazwisko pacjenta:			
7. Adres pacjenta:			
8. Numer telefonu pacjenta:			
9. Nazwa i identyfikator planu zdrowotnego pacjenta:			
<p>10. Odmowa eksperymentalna/dochodzeniowa lub odmowa świadczenia usług poza siecią (Wypełnij tę sekcję tylko w przypadku odmowy eksperymentalnej/badawczej lub odmowy świadczenia usług poza siecią. NIE wypełniaj tego punktu, aby odwołać się do udziału w badaniu klinicznym, rzadkiej choroby lub odmowy skierowania poza sieć.)</p>			
a. W przypadku odmowy eksperymentalnej/dochodzeniowej:			
Jako lekarz pacjenta zaświadczam, że (wybierz jedno bez zmian):			
LUB	<input type="checkbox"/> Standardowe usługi lub procedury zdrowotne były nieskuteczne lub byłyby nieodpowiednie z medycznego punktu widzenia.		
	<input type="checkbox"/> Nie istnieje bardziej korzystna standardowa usługa zdrowotna lub procedura objęta planem zdrowotnym		
TAKŻE	<input type="checkbox"/> Zarekomendowałem usługę zdrowotną lub produkt farmaceutyczny, który w oparciu o następujące dwa dokumenty medyczne i naukowe wymienione w punktach c i d poniżej , prawdopodobnie będzie bardziej korzystny dla pacjenta niż jakakolwiek standardowa usługa zdrowotna objęta ubezpieczeniem.		
b. W przypadku odmowy usługi poza siecią			
<input type="checkbox"/> Jako lekarz pacjenta zaświadczam, że następująca pozasieciowa usługa zdrowotna (zidentyfikuj usługę):			
istotnie różni się od alternatywnej sieciowej opieki zdrowotnej zalecanej przez plan opieki zdrowotnej i (na podstawie następujących dwóch dokumentów naukowych i medycznych) prawdopodobnie będzie bardziej korzystna klinicznie niż alternatywna sieciowa opieka zdrowotna i niekorzystne ryzyko żądana usługa zdrowotna prawdopodobnie nie zostałyby znacznie zwiększona w porównaniu z alternatywną usługą zdrowotną w sieci.			
c. Wymień dokumenty, na których się opierasz, i załącz kopię dokumentów:			
Tytuł dokumentu #1:			
Nazwa publikacji:		Numer wydania:	Data:
Tytuł dokumentu #2:			
Nazwa publikacji:		Numer wydania:	Data:

d. Dokumenty potwierdzające		
Wymienione powyżej dowody medyczne i naukowe spełniają jedno z następujących kryteriów (Uwaga: recenzowana literatura nie obejmuje publikacji ani suplementów sponsorowanych w znacznym stopniu przez firmę produkującą leki lub producenta urządzeń medycznych).		Zaznacz odpowiednie dokumenty:
<input type="checkbox"/>	Recenzowana literatura medyczna, w tym literatura dotycząca terapii przejranych i zatwierdzonych przez wykwalifikowaną instytucjonalną komisję rewizyjną, kompendia biomedyczne i inna literatura medyczna, która spełnia kryteria Narodowej Biblioteki Medycznej Narodowego Instytutu Zdrowia dla indeksowania w Index Medicus, Excerpta Medicus, Baza danych Medline i MEDLARS Badania oceny technologii w służbach zdrowia;	<input type="checkbox"/> Dokument #1 <input type="checkbox"/> Dokument #2
<input type="checkbox"/>	Recenzowane badania naukowe opublikowane lub przyjęte do publikacji w czasopismach medycznych, które spełniają krajowe wymagania dotyczące manuskryptów naukowych i które przedkładają większość opublikowanych artykułów do recenzji przez ekspertów, którzy nie są częścią kadry edytorskiej;	<input type="checkbox"/> Dokument #1 <input type="checkbox"/> Dokument #2
<input type="checkbox"/>	Recenzowane streszczenia przyjmowane do prezentacji na głównych spotkaniach stowarzyszeń medycznych;	<input type="checkbox"/> Dokument #1 <input type="checkbox"/> Dokument #2
<input type="checkbox"/>	Czasopisma medyczne uznawane przez Sekretarza ds. Zdrowia i Opieki Społecznej zgodnie z sekcją 1861(t)(2) federalnej ustawy o ubezpieczeniach społecznych;	<input type="checkbox"/> Dokument #1 <input type="checkbox"/> Dokument #2
<input type="checkbox"/>	Następujące standardowe kompendia referencyjne: (i) American Hospital Formulary Service Drug Information; (ii) Kompendium Narkotyków i Biologii Krajowej Kompleksowej Sieci Onkologicznej; (iii) American Dental Association Accepted Dental Therapeutics; (iv) Thomson Micromedex DrugDex; lub (v) Farmakologii Klinicznej Elsevier Gold Standard; lub inne kompendia określone przez Sekretarza Zdrowia i Opieki Społecznej lub Centers for Medicare & Medicaid Services; lub rekomendowane przez artykuł przeglądowy lub komentarz redakcyjny w głównym recenzowanym czasopiśmie fachowym;	<input type="checkbox"/> Dokument #1 <input type="checkbox"/> Dokument #2
<input type="checkbox"/>	Ustalenia, badania lub badania przeprowadzone przez lub pod auspicjami federalnych agencji rządowych i uznanych w kraju federalnych instytutów badawczych, w tym Federalnej Agencji Polityki i Badań Opieki Zdrowotnej, National Institutes of Health, National Cancer Institute, National Academy of Sciences, finansowania opieki zdrowotnej Administracja, Congressional Office of Technology Assessment oraz wszelkie krajowe rady uznane przez National Institutes of Health w celu oceny medycznej wartości usług zdrowotnych.	<input type="checkbox"/> Dokument #1 <input type="checkbox"/> Dokument #2
11. Odmowa badania klinicznego		
<input type="checkbox"/>	Istnieje badanie kliniczne, które jest otwarte i do którego pacjent kwalifikuje się i został lub prawdopodobnie zostanie zaakceptowany.	
<p>Chociaż nie jest to wymagane, zaleca się dołączenie protokołów badań klinicznych i powiązanych informacji. Badanie kliniczne musi być zrecenzowanym planem badania, który został: (1) sprawdzony i zatwierdzony przez wykwalifikowaną instytucjonalną komisję rewizyjną oraz (2) zatwierdzony przez jeden z National Institutes of Health (NIH) lub grupę kooperacyjną NIH lub centrum, lub Agencji ds. Żywności i Leków w formie zwolnienia z badania dotyczącego nowych leków, lub federalnego Departamentu Spraw Weteranów, lub wykwalifikowanej pozarządowej jednostki badawczej, zgodnie z wytycznymi wydanymi przez poszczególne instytuty NIH w sprawie dotacji na wsparcie ośrodków, lub instytucjonalna komisja rewizyjna placówki, która posiada wielokrotną gwarancję projektu zatwierdzoną przez Biuro Ochrony przed Ryzykami Badawczymi NIH.</p>		

12. Odmowa leczenia chorób rzadkich			
Jeżeli świadczenie usługi wymaga zgody Instytucjonalnej Komisji Rewizyjnej, załącz lub załącz zgodę.			
<input type="checkbox"/>	Jako lekarz, inny niż lekarz prowadzący pacjenta, zaświadczam, że pacjent cierpi na rzadki stan lub chorobę, w przypadku której nie ma standardowego leczenia, które prawdopodobnie byłoby bardziej korzystne klinicznie dla pacjenta niż wymagana usługa. Żądana usługa prawdopodobnie przyniesie korzyści pacjentowi w leczeniu rzadkiej choroby pacjenta, a taka korzyść przewyższa ryzyko usługi.		
<input type="checkbox"/> Mam <input type="checkbox"/> Nie mam istotnych finansowych lub zawodowych relacji z usługodawcą (zaznacz jedno).			
Zaznacz jeden:	<input type="checkbox"/> Rzadka choroba pacjenta była obecnie lub wcześniej przedmiotem badania naukowego przeprowadzonego przez National Sieć Badań Klinicznych Instytutów Zdrowia Rzadkich Chorób.		
	<input type="checkbox"/> Rzadka choroba pacjenta dotyka mniej niż 200 000 mieszkańców USA rocznie.		
13. Odmowa skierowania poza sieć			
Jako lekarz prowadzący pacjenta oświadczam, że sieciowi świadczeniodawcy opieki zdrowotnej zaleceni w planie opieki zdrowotnej nie mają odpowiedniego przeszkolenia i doświadczenia, aby zaspokoić szczególne potrzeby pacjenta w zakresie opieki zdrowotnej. Rekomenduję wskazanego poniżej dostawcę pozasieciowego, który ma odpowiednie przeszkolenie i doświadczenie, aby spełnić szczególne potrzeby zdrowotne pacjenta i jest w stanie zapewnić żadaną usługę zdrowotną.			
Nazwa lekarza spoza sieci:			
Adres lekarza spoza sieci:			
Szkolenie i doświadczenie lekarza pozasieciowego: (np. certyfikat zarządu, lata leczenia schorzenia, liczba wykonanych procedur i wynik, wszelkie inne istotne informacje).			
14. Podpis lekarza			
Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe i poprawne. Rozumiem, że za składanie fałszywych oświadczeń mogę zostać objęty profesjonalnym postępowaniem dyscyplinarnym.			
Podpis lekarza:		Data:	
Imię i nazwisko lekarza (drukowanymi)			