

ریاست نیو یارک کی بیرونی اپیل کی درخواست

اگر آپ مریض ہیں یا مریض کی جانب سے نامزد شدہ ہیں، تو صحت کی سروسز کے لیے اس درخواست کو مکمل کریں اور اسے منصوبے کے حتمی مخالف تعین کے 4 ماہ کے اندر، یا اگر آپ اپنی جانب سے اپیل کرنے والے فراہم کار ہیں تو 60 دن کے اندر DFS کو ارسال کریں۔

ارسال کریں بنام: New York State Department of Financial Services, 99 Washington Avenue, Box 177, Albany, NY 12210 یا درج ذیل پر فیکس کریں: (800) 332-2729۔ مدد کے لیے، (800) 400-8882 پر کال کریں یا externalappealquestions@dfs.ny.gov پر ای میل بھیجیں۔

1. درخواست کنندہ کا نام:			
2. مریض کا نام:			
تاریخ پیدائش:		صنف: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> خاتون <input type="checkbox"/> غیر نامزد شدہ/دیگر	
3. مریض کا پتہ:		گلی:	
شہر:		ریاست:	
زپ کوڈ:			
4. مریض کا فون نمبر:		پرائمری: ()	
سیکنڈری: ()			
5. مریض کا ای میل ایڈریس:			
6. مریض کا منصوبہ صحت:		ID #:	
7. مریض کا معالج/نسخہ لکھنے والا:			
8. معالج/نسخہ لکھنے والے کا پتہ:		گلی:	
شہر:		ریاست:	
زپ کوڈ:			
9. معالج/نسخہ لکھنے والے کا فون #:		فیکس: ()	
س: ()			
10. اگر مریض Medicaid کے زیر انتظام نگہداشتی منصوبہ رکھتا ہے، تو کیا مریض نے Medicaid کے ذریعے منصفانہ سماعت کی درخواست کی ہے یا منصفانہ سماعت کا تعین وصول کیا ہے؟		<input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	
11. اس صورت میں مکمل کرنے کے لیے کہ اگر درخواست کنندہ مریض کی جانب سے نامزد شدہ ہو			
اگر نامزد شدہ فرد یہ اپیل مریض کی جانب سے جمع کروا رہا ہے تو صرف اس سیکشن کو مکمل کریں۔ اگر مریض کا فراہم کار نامزد شدہ فرد ہو، تو اس سیکشن کے بجائے سیکشن 14 مکمل کریں۔			
نامزد شدہ فرد کا نام:			
مریض کے ساتھ رشتہ:			
پتہ:		گلی:	
شہر:		ریاست:	
زپ کوڈ:			
فون نمبر:		فیکس: ()	
س: ()			
نامزد شدہ فرد کا ای میل ایڈریس:			

12. **منصوبہ صحت کے استرداد کا سبب** - صرف ایک کو نشان زد کریں اور تمام فوری مؤثر اپیلوں کے لیے، اور ماسوائے طبی لحاظ سے استرداد کی تمام غیر ضروری وجوہات کے، تمام وجوہات کے لیے معالج کی مکمل کردہ تصدیق منسلک کریں:

<input type="checkbox"/> طبی آزمائش کے لیے تجرباتی/تحقیقاتی	<input type="checkbox"/> طبی لحاظ سے غیر ضروری
<input type="checkbox"/> نایاب مرض کے لیے تجرباتی/تحقیقاتی	<input type="checkbox"/> تجرباتی/تحقیقاتی
<input type="checkbox"/> بیرون نیٹ ورک ریفرل	<input type="checkbox"/> بیرون نیٹ ورک اور منصوبہ صحت کی جانب سے اندرون نیٹ ورک متبادل سروس تجویز کی گئی
<input type="checkbox"/> فارملری استثناء (Medicaid یا چائلڈ ہیلتھ پلس کے علاوہ، انفرادی اور چھوٹے گروپ کی کوریج کے لیے)	

<p>13. یہ اپیل فوری مؤثر ہو سکتی ہے۔ ذیل میں بیان کردہ ٹائم فریمز کے اندر فوری مؤثر فیصلے کیے جاتے ہیں، خواہ مریض، معالج یا نسخہ لکھنے والا بیرونی اپیل ایجنٹ کو مطلوبہ طبی معلومات فراہم نہ بھی کرے۔</p>		
<p><input type="checkbox"/> فوری مؤثر اپیل (72 گھنٹے)۔ داخلے، نگہداشت کی دستیابی، مسلسل قیام، یا نگہداشت صحت کی اس سروس کے حوالے سے استرداد، جس کے لیے مریض نے ایمرجنسی سروسز حاصل کیں اور اسپتال میں داخل رہا۔</p>	<p>فوری مؤثر ہونے کی صورت میں ایک کو نشان زد کریں:</p>	
<p><input type="checkbox"/> فوری مؤثر اپیل (72 گھنٹے)۔ 30 دن کے ٹائم فریم سے مریض کی جان، اس کی صحت، یا بہترین جسمانی کارکردگی کے دوبارہ حصول کی اہلیت کو شدید نقصان پہنچے گا یا تاخیر سے مریض کی صحت کو فوری یا سنگین خطرہ لاحق ہو گا، اور مریض کا معالج، معالج کی تصدیق کو مکمل کرے گا اور اسے محکمہ برائے مالیاتی سروسز (Department of Financial Services) کو ارسال کرے گا۔</p>		
<p><input type="checkbox"/> فوری مؤثر فارملری استثناء (24 گھنٹے)۔ مریض صحت کی ایسی کیفیت کا شکار ہے جو اس کی زندگی، صحت، یا بہترین جسمانی کارکردگی کے دوبارہ حصول کی صلاحیت کو سنگین نقصان پہنچا سکتی ہے، یا پھر وہ غیر فارملری دوا کا استعمال کرتے ہوئے علاج کے موجودہ دور سے گزر رہا/رہی ہے، اور مریض کا نسخہ لکھنے والا معالج یا نسخہ لکھنے والا دیگر کوئی شخص معالج کی تصدیق کو مکمل کرے گا اور اسے محکمہ برائے مالیاتی سروسز کو ارسال کرے گا۔</p>		
<p><input type="checkbox"/> معیاری فارملری استثناء (72 گھنٹے)</p>	<p><input type="checkbox"/> تمام اپیلوں کے لیے معیاری اپیل (30 دن)</p>	<p>معیاری ہونے کی صورت میں ایک کو نشان زد کریں:</p>
<p>*** فوری مؤثر ہونے کی صورت میں درخواست کے بذریعہ فیکس ارسال ہونے پر 888-990-3991 پر کال کریں ***</p>		
<p>14. درخواست کنندہ کے مریض کا فراہم کار ہونے کی صورت میں مکمل کریں</p>		
<p>نگہداشت صحت کے فراہم کاران کو باہم موافق یا دور سابق سے رائج حتمی مخالف تعین کے لیے بیرونی اپیل کا حق حاصل ہوتا ہے۔ یہ سیکشن ان فراہم کاران کی جانب سے مکمل کیا جانا چاہیے جو اپنی طرف سے یا مریض کی جانب سے نامزد شدہ فرد کی حیثیت سے اپیل کر رہے ہوں۔ ابتدائی استرداد اور اپیل کی پہلی سطح سے حتمی مخالف تعین منسلک کرنا ضروری ہے۔</p>		
<p><input type="checkbox"/> اپنی طرف سے اندراج کرنے والا فراہم کار</p>	<p><input type="checkbox"/> مریض کی جانب سے نامزد شدہ فرد کے طور پر اندراج کرنے والا فراہم کار</p>	
		فراہم کار کا نام:
		فراہم کار کی نمائندگی کرنے والا فرد یا فرم (اگر قابل اطلاق ہو):
		مراسلت کے لیے رابطے کا شخص:
		مراسلت کے لیے پتہ:
		گلی:
		شہر:
		ریاست:
		زپ کوڈ:
		فون نمبر:
		ای میل ایڈریس:
		فیکس: ()

میں تصدیق کرتا ہوں کہ اس درخواست میں فراہم کردہ معلومات میرے بہترین علم کے مطابق سچی اور درست ہیں۔ اگر بیرونی اپیل ایجنٹ کی جانب سے باہم موافق استرداد کی معاونت کی گئی ہو، تو ماسوائے مشترکہ ادائیگی، مشترکہ بیمے یا قابل کٹوتی رقم کی وصولی کے، میں مریض سے سروس کے لیے بازا ادائیگی کا تقاضا نہ کرنے پر رضامند ہوں۔ اگر میں اپنی طرف سے، نہ کہ مریض کے نامزد شدہ فرد کی حیثیت سے باہم موافق استرداد کی اپیل کروں، تو میں اس صورت میں بیرونی اپیل ایجنٹ کی پوری فیس ادا کرنے پر رضامند ہوں کہ اگر منصوبہ صحت کے باہم موافق استرداد کو برقرار رکھا گیا ہو، یا میں ایجنٹ کو اس صورت آدھی فیس کی ادائیگی پر رضامند ہوں کہ اگر منصوبہ صحت کے باہم موافق استرداد کو جزوی طور پر برقرار رکھا گیا ہو۔ میں بیرونی اپیل ایجنٹ کے خلاف مذکورہ ایجنٹ کے فیصلے پر نظر ثانی کے لیے کسی قانونی کارروائی کا آغاز نہ کرنے پر رضامند ہوں؛ بشرطیکہ، تاہم، یہ بیرونی اپیل ایجنٹ کی جانب سے بے ایمانی یا مجموعی غلفت سے ہونے والے نقصانات پر اس کے خلاف کارروائی کرنے، یا منصوبہ صحت کے خلاف کارروائی کرنے کے میرے حق کو محدود نہیں کرتا۔

فراہم کار کے
دستخط:

15. سروس کی تفصیل اور تاریخ (تاریخیں): (کسی بھی اضافی معلومات کو منسلک کریں جنہیں آپ زیر غور لانا چاہتے ہیں):

16. بیرونی اپیل کی اہلیت (ایک کو نشان زد کریں):

منصوبہ صحت سے حتمی مخالف تعین منسلک کردہ ہے۔

منصوبہ صحت کا خط منسلک کردہ ہے جس میں اندرونی اپیل سے دستبرداری اختیار کی گئی ہے۔

مریض بیرونی اپیل کے وقت ہی فوری مؤثر اندرونی اپیل کی درخواست کرتا ہے۔

مریض کی اپیل کے لیے منصوبہ صحت اندرونی اپیل کے تقاضوں کی تعمیل نہیں کرتا۔

17. بیرونی اپیل کی فیس

منصوبہ صحت کی جانب سے درکار ہونے کی صورت میں آپ کے لیے منصوبہ صحت کو ادا کردہ چیک یا منی آرڈر منسلک کرنا ضروری ہے۔ اگر اپیل کا فیصلہ آپ کے حق میں ہو جاتا ہے، تو فیس آپ کو واپس کر دی جائے گی۔

منصوبہ صحت کو ادا کردہ چیک یا منی آرڈر منسلک کیا گیا ہے۔

درخواست بذریعہ فیکس ارسال کی گئی اور مذکورہ محکمے کو فیس 3 کے اندر بھیج دی جائے گی۔

مریض کی کوریج Medicaid یا چائلڈ ہیلتھ پلس کے تحت ہے۔

مریض مالی مشکل کے سبب فیس معافی کی درخواست کرتا ہے اور وہ منصوبہ صحت کو دستاویزات فراہم کرے گا۔

منصوبہ صحت کسی بیرونی اپیل کے لیے فیس وصول نہیں کرتا یا پھر فیس درکار نہیں ہوتی۔

براہ کرم ایک کو نشان زد کریں:

ریاست نیو یارک کی بیرونی اپیل کی خاطر ریکارڈز کے اجراء کے لیے مریض کی رضامندی

مریض، مریض کے نامزد شدہ فرد، اور مریض کے فراہم کار کو منصوبہ جاتِ صحت کی جانب سے کیے گئے چند مخالف تعین کاریوں پر بیرونی اپیل کا حق حاصل ہوتا ہے۔

بیرونی اپیل کا اندراج ہونے پر، مریض کی جانب سے طبی ریکارڈز کے اجراء پر دستخط شدہ اور تاریخ درج کردہ رضامندی ضروری ہوتی ہے۔ ریاست نیو یارک کے محکمہ برائے مالیاتی سروسز کی جانب سے مقرر کردہ بیرونی اپیل ایجنٹ، مریض کے منصوبہ صحت اور نگہداشتِ صحت کے فراہم کاران سے طبی معلومات کے حصول کے لیے اس رضامندی کا استعمال کرے گا۔ طبی معلومات کی درخواست کے ساتھ بیرونی اپیل ایجنٹ کا نام اور پتہ فراہم کیا جائے گا۔

میں اپنے منصوبہ صحت اور فراہم کاران کو یہ اختیار تفویض کرتا ہوں کہ وہ بیرونی اپیل ایجنٹ کو بیرونی اپیل سے متعلق تمام متعلقہ طبی یا معالجاتی ریکارڈز کا اجراء کرے، جن میں HIV سے متعلق کوئی بھی معلومات، ذہنی صحت کے علاج کی معلومات، یا الکحل / نشہ آور مواد کے استعمال کے علاج کی معلومات شامل ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ بیرونی اپیل ایجنٹ ان معلومات کا استعمال صرف اپیل کا فیصلہ کرنے کے مقصد سے کرے گا، نیز معلومات کو صیغہ راز میں رکھا جائے گا اور کسی دوسرے شخص کے سامنے افشاء نہیں کیا جائے گا۔ یہ اجراء ایک سال کے لیے مؤثر ہوتا ہے۔ ماسوائے کہ جس حد تک اس پر انحصار کر کے کارروائی کی گئی ہو، میں کسی بھی وقت ریاست نیو یارک کے محکمہ برائے مالیاتی سروسز سے تحریری طور پر رابطہ کر کے اپنی رضامندی منسوخ کر سکتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میرا منصوبہ صحت علاج، اندراج، اہلیت، یا ادائیگی کو میرے اس فارم پر دستخط کرنے سے مشروط نہیں کر سکتا۔ میں تسلیم کرتا ہوں کہ بیرونی اپیل ایجنٹ کا فیصلہ واجب التعمیل ہوتا ہے۔ میں بیرونی اپیل ایجنٹ کے خلاف مذکورہ ایجنٹ کے فیصلے پر نظرثانی کے لیے کوئی قانونی کارروائی نہ کرنے پر رضامند ہوں؛ بشرطیکہ، تاہم، یہ بیرونی اپیل ایجنٹ کی جانب سے بے ایمانی یا مجموعی غلفت سے ہونے والے نقصانات کے خلاف کارروائی کرنے، یا میرے منصوبہ صحت کے خلاف کارروائی کرنے کے میرے حق کو محدود نہیں کرے گا۔

اگر مریض یا مریض کا نامزد شدہ فرد یہ درخواست جمع کرواتا ہے، تو ریاست نیو یارک کی بیرونی اپیل کی خاطر ریکارڈز کے اجراء کے لیے مریض کی رضامندی پر دستخط کر کے، مریض یہ تصدیق کرتا/کرتی ہے کہ اس درخواست میں فراہم کردہ معلومات اس کے بہترین علم کے مطابق سچی اور درست ہیں۔

ذیل میں مریض کے دستخط درکار ہیں۔ اگر مریض کوئی بچہ ہے، تو اس کی طرف سے اس کے والد/والدہ یا قانونی سرپرست کا دستاویز پر دستخط کرنا ضروری ہے۔ اگر مریض متوفی ہے، تو مریض کی نگہداشتِ صحت کے وکیل یا تعمیل کنندہ کا دستاویز پر دستخط کرنا ضروری ہے۔ سرپرست، بااختیار وکیل، نگہداشتِ صحت کے وکیل یا تعمیل کنندہ کی جانب سے دستخط کیے جانے پر، قانونی معاونتی دستاویز کی ایک نقل شامل کی جانی چاہیئے۔

		دستخط:
		جلی حروف میں نام لکھیں:
		اگر قابل اطلاق ہو، تو مریض کے ساتھ رشتہ:
مریض کا نام:	عمر:	
		مریض کے منصوبہ صحت کا ID#:
		تاریخ: (درکار)

بیرونی اپیل کے لیے معالج کی جانب سے تصدیق

تجرباتی/تحقیقاتی؛ طبی آزمائش؛ نایاب مرض؛ بیرون نیٹ ورک؛ یا فوری مؤثر اپیل کے لیے منصوبہ صحت کی جانب سے سروسز کے استرداد کی کسی بھی بیرونی اپیل کے لیے مریض کے معالج کی جانب سے اس فارم کو مکمل کرنا ضروری ہے۔ مریض کا نسخہ لکھنے والا فرد بھی فوری مؤثر فارملری استثناء کی اپیل کی درخواست کر سکتا ہے۔ محکمہ برائے مالیاتی سروسز یا بیرونی اپیل ایجنٹ کو مریض کے طبی ریکارڈز سمیت آپ سے اضافی معلومات طلب کرنا پڑ سکتی ہیں۔ یہ معلومات فوری طور پر فراہم کی جانی چاہئیں۔

ارسال کریں بنام: New York State Department of Financial Services, 99 Washington Avenue, Box 177, Albany NY, 12210 یا درج ذیل پر فیکس کریں: (800) 332-2729۔

<input type="checkbox"/> فوری مؤثر اپیل (72 گھنٹے)، یا کسی غیر فارملری دوا کے لیے (24 گھنٹے)	<input type="checkbox"/> معیاری اپیل (30 دن)، یا کسی غیر فارملری دوا کے لیے (72 گھنٹے)	جائزے کی نوعیت درخواست کردہ:
<input type="checkbox"/> فوری مؤثر اپیل (72 گھنٹے)۔ داخلے، نگہداشت کی دستیابی، مسلسل قیام، یا نگہداشت صحت کی اس سروس کے حوالے سے استرداد، جس کے لیے مریض نے ایمرجنسی سروسز حاصل کیں اور اسپتال میں داخل رہا۔ <input type="checkbox"/> فوری مؤثر اپیل (72 گھنٹے)۔ 30 دن کے ٹائم فریم سے مریض کی جان، اس کی صحت، یا بہترین جسمانی کارکردگی کے دوبارہ حصول کی صلاحیت کو شدید نقصان پہنچے گا یا تاخیر سے مریض کی صحت کو فوری یا سنگین خطرہ لاحق ہو گا۔ <input type="checkbox"/> فوری مؤثر فارملری استثناء (24 گھنٹے)۔ مریض صحت کی ایسی کیفیت کا شکار ہے جو اس کی زندگی، صحت، یا بہترین جسمانی کارکردگی کے دوبارہ حصول کی صلاحیت کو سنگین نقصان پہنچا سکتی ہے، یا پھر وہ غیر فارملری دوا کا استعمال کرتے ہوئے علاج کے موجودہ دور سے گزر رہا ہے۔	<input type="checkbox"/> فوری مؤثر ہونے کی صورت میں ایک کو نشان زد کریں:	<input type="checkbox"/> فوری مؤثر ہونے کی صورت میں دونوں کو مکمل کریں:
<input type="checkbox"/> میں اس بات سے آگاہ ہوں کہ بیرونی اپیل ایجنٹ کو طبی معلومات، بشمول طبی ریکارڈز کے لیے غیر کاروباری ایام کے دوران مجھ سے رابطہ کرنے کی ضرورت پیش آ سکتی ہے، اور یہ کہ فوری مؤثر اپیل کی یہ درخواست موصول کرنے کے بعد بیرونی اپیل ایجنٹ 72 گھنٹوں (یا غیر فارملری دوا کے لیے 24 گھنٹوں) کے اندر فیصلہ کرے گا، قطع نظر اس بات کے کہ میں نے بیرونی اپیل ایجنٹ کو طبی معلومات یا طبی ریکارڈز فراہم کیے ہیں یا نہیں۔	<input type="checkbox"/> غیر کاروباری ایام کے دوران، درج ذیل پر مجھ سے رابطہ کیا جا سکتا ہے: ()	<input type="checkbox"/> فوری مؤثر ہونے کی صورت میں دونوں کو مکمل کریں:

- **فوری مؤثر اپیل** کے لیے مریض کا معالج، یا غیر فارملری دوا کے لیے، مریض کا نسخہ لکھنے والا معالج یا نسخہ لکھنے والا کوئی اور فرد ذیل میں دیا گیا خانہ اور آئٹمز 14 لازماً مکمل کرے۔ آپ کے لیے لازم ہے کہ **فوری طور پر ایجنٹ کو معلومات بھیجیں تاکہ انہیں زیر غور لایا جائے۔**
- **کسی تجرباتی/تحقیقاتی استرداد کے لیے** (ماسوائے کسی طبی آزمائش یا نایاب مرض کے علاج)، مریض کا معالج 10-1 اور 14 آئٹمز لازماً مکمل کرے۔
- **طبی آزمائش** کے استرداد کے لیے، مریض کا معالج 9-1، 11 اور 14 آئٹمز لازماً مکمل کرے۔
- **بیرون نیٹ ورک سروس** کے استرداد کے لیے (منصوبہ صحت اندرون نیٹ ورک ایسی متبادل سروس پیش کرتا ہے جو بیرون نیٹ ورک سروس سے زیادہ مختلف نہیں)، مریض کا معالج 10-1 اور 14 آئٹمز لازماً مکمل کرے۔
- **بیرون نیٹ ورک ریفرل** کے لیے (منصوبہ صحت میں اندرون نیٹ ورک مناسب تربیت اور تجربے کا حامل فراہم کار موجود نہیں، جو مریض کی نگہداشت صحت کی ضروریات کو پورا کر سکے)، مریض کا معالج 1 اور 9-، 13 اور 14 آئٹمز لازماً مکمل کرے۔
- **نایاب مرض** کے استرداد کے لیے، علاج کرنے والے معالج کے علاوہ کوئی اور معالج 9-1، 12 اور 14 لازماً مکمل کرے۔

1. اس فارم کو مکمل کرنے والے معالج (یا نسخہ لکھنے والے) کا نام:	1. اس فارم کو مکمل کرنے والے معالج (یا نسخہ لکھنے والے) کا نام:
تجرباتی/تحقیقاتی، طبی آزمائش، بیرون نیٹ ورک سروس، یا بیرون نیٹ ورک ریفرل کے استرداد کی اپیل کے لیے، معالج کا لائسنس یافتہ اور بورڈ سے تصدیق یافتہ ہونا یا بورڈ کی جانب سے پریکٹس کے شعبے میں ایسی پریکٹس کے لیے اہل اور مستند قرار دیا جانا ضروری ہے جو مریض کے علاج کے لیے موزوں ہو۔ نایاب مرض کی اپیل کے لیے، معالج کے لیے مذکورہ بالا تقاضوں پر پورا اترا ضروری ہے تاہم شاید یہ مریض کا علاج کرنے والا معالج نہ ہو۔	تجرباتی/تحقیقاتی، طبی آزمائش، بیرون نیٹ ورک سروس، یا بیرون نیٹ ورک ریفرل کے استرداد کی اپیل کے لیے، معالج کا لائسنس یافتہ اور بورڈ سے تصدیق یافتہ ہونا یا بورڈ کی جانب سے پریکٹس کے شعبے میں ایسی پریکٹس کے لیے اہل اور مستند قرار دیا جانا ضروری ہے جو مریض کے علاج کے لیے موزوں ہو۔ نایاب مرض کی اپیل کے لیے، معالج کے لیے مذکورہ بالا تقاضوں پر پورا اترا ضروری ہے تاہم شاید یہ مریض کا علاج کرنے والا معالج نہ ہو۔

گلی:		2. معالج (یا نسخہ لکھنے والے) کا پتہ:	
زپ کوڈ:	ریاست:	شہر:	
		3. رابطے کا فرد:	
()	فیکس:	()	4. فون نمبر:
		5. معالج (یا نسخہ لکھنے والے) کی ای میل:	
		6. مریض کا نام:	
		7. مریض کا پتہ:	
		8. مریض کا فون نمبر:	
		9. مریض کے منصوبہ صحت کا نام اور ID نمبر:	

10. تجرباتی/تحقیقاتی استرداد یا بیرون نیٹ سروس کا استرداد
(اس سیکشن کو صرف تجرباتی/تحقیقاتی استرداد یا بیرون نیٹ سروس کے استرداد کے لیے مکمل کریں۔ طبی آزمائش میں شرکت، ناپاب مرض، یا بیرون نیٹ ورک ریفرل کے استرداد کی اپیل کے لیے یہ آئٹم برگز مکمل نہ کریں۔)

a. تجرباتی/تحقیقاتی استرداد کے لیے:

مریض کے معالج کے طور پر میں تصدیق کرتا ہوں کہ (ترمیم کیے بغیر ایک منتخب کریں):

یا صحت کی معیاری سروسز یا طریقہ ہائے کار غیر مؤثر رہے ہیں یا طبی لحاظ سے غیر موزوں ہوں گے۔
 منصوبہ صحت کی جانب سے احاطہ کردہ زیادہ فائدہ مند صحت کی معیاری سروس یا طریقہ کار موجود نہیں ہے۔

اور میں نے صحت کی ایک ایسی سروس یا فارماسیوٹکل مصنوعہ تجویز کی جو، درج ذیل **c** اور **d** میں بیان کردہ طبی اور سائنسی شواہد کی درج ذیل دو دستاویزات کی بنیاد پر، مریض کے لیے ممکنہ طور پر کسی بھی احاطہ شدہ صحت کی معیاری سروس کی نسبت زیادہ فائدہ مند ہے۔

b. بیرون نیٹ ورک سروس کے استرداد کے لیے

مریض کے معالج کے طور پر، میں تصدیق کرتا ہوں کہ بیرون نیٹ ورک ذیلی صحت کی سروس (سروس کی نشاندہی کریں):

منصوبہ صحت کی مجوزہ اندرون نیٹ ورک صحت کی متبادل سروس سے زیادہ مختلف ہے اور (طبی اور سائنسی شواہد کی درج ذیل دو دستاویزات کی بنیاد پر) طبی لحاظ سے ممکنہ طور پر اندرون نیٹ ورک صحت کی متبادل سروس کی نسبت زیادہ کارآمد ہے اور درخواست کردہ صحت کی سروس کا سنگین خطرہ اندرون نیٹ ورک صحت کی متبادل سروس کی نسبت زیادہ بڑھنے کا اتنا امکان نہیں ہو گا۔

c. ان دستاویزات کی فہرست درج کریں جن پر انحصار کیا گیا ہے اور مذکورہ دستاویزات کی ایک نقل منسلک کریں:

دستاویز #1 کا عنوان:			
اشاعت کا نام:	اجراء نمبر:	تاریخ:	
دستاویز #2 کا عنوان:			
اشاعت کا نام:	اجراء نمبر:	تاریخ:	

d. معاونتی دستاویزات

قابل اطلاق دستاویزات کو نشان زد کریں:	مذکورہ بالا طبی اور سائنسی ثبوت درج ذیل میں سے ایک معیار پر پورا اترتا ہے (نوٹ: ہم عصری جائزہ شدہ لٹریچر میں ایسی اشاعتیں یا ضمیمہ جات شامل نہیں ہوتے جو بڑی حد تک فارماسیوٹکل مصنوعہ ساز کمپنی یا طبی ڈیوائس کے مصنوعہ ساز کے تعاون یافتہ ہوں۔)	
<input type="checkbox"/> دستاویز #1 <input type="checkbox"/> دستاویز #2	ہم عصری جائزہ شدہ طبی لٹریچر، بشمول مستند ادارہ جاتی جائزے کے بورڈ، ہائیومیڈیکل کمیٹیوں اور دیگر طبی لٹریچر کی جانب سے جائزہ شدہ اور منظور شدہ تھیراپیز سے متعلقہ لٹریچر، جو MEDLARS ڈیٹا بیس بیلٹھ سروسز ٹیکنالوجی اسیسمنٹ ریسرچ میں انڈیکسنگ کے لیے نیشنل انسٹیٹیوٹ آف بیلٹھ کی نیشنل لائبریری آف میڈیسن کے معیار پر پورا اترتا ہو؛	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> دستاویز #1 <input type="checkbox"/> دستاویز #2	طبی رسالوں میں شائع کردہ یا شائع ہونے کے لیے منظور شدہ ایسے ہم عصری جائزہ شدہ سائنسی مطالعات، جو سائنسی مسودات کے لیے قومی سطح پر تسلیم شدہ تقاضوں کو پورا کرتے ہیں اور جو اپنے اکثر شائع شدہ آرٹیکلز ان ماہرین کے جائزے کے لیے جمع کرواتے ہیں جو ادارہ عملے کا حصہ نہیں ہوتے؛	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> دستاویز #1 <input type="checkbox"/> دستاویز #2	طبی ایسوسی ایشن کی اہم ملاقاتوں میں پیش کرنے کے لیے ہم عصری جائزہ شدہ خلاصہ جات؛	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> دستاویز #1 <input type="checkbox"/> دستاویز #2	وفاقی ایکٹ برائے سوشل سیکیورٹی کے سیکشن (2)(t) 1861 کے تحت، صحت و انسانی خدمات کے سیکرٹری (Secretary of Health and Human Services) کی جانب سے تسلیم شدہ طبی رسالے؛	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> دستاویز #1 <input type="checkbox"/> دستاویز #2	درج ذیل معیاری حوالہ جاتی خلاصہ جات: (i) امریکی اسپتال کی فارملری سروس کی ادویات کی معلومات ((American Hospital Formulary Service Drug Information)؛ (ii) نیشنل کمپریہینسیو کینسر نیٹ ورک کا ڈرگز اینڈ ہائیولوجیکل خلاصہ؛ (iii) امریکی ڈینٹل ایسوسی ایشن کا منظور شدہ ڈینٹل تھیراپیوٹکس؛ (iv) Thomson Micromedex؛ (v) Elsevier Gold؛ یا دیگر خلاصہ جات، جیسے کہ صحت و انسانی خدمات کے سیکرٹری یا سینٹرز برائے Medicare اور Medicaid سروسز کی جانب سے نشاندہی کی گئی ہو؛ یا ایک اہم ہم عصری جائزہ شدہ پیشہ ورانہ رسالے میں جائزاتی آرٹیکل یا ادارہ تبصرے میں تجویز کردہ؛	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> دستاویز #1 <input type="checkbox"/> دستاویز #2	وفاقی حکومتی ایجنسیوں اور قومی سطح پر تسلیم شدہ وفاقی تحقیقی اداروں بشمول وفاقی ایجنسی برائے نگہداشت صحت کی پالیسی و تحقیق، قومی ادارہ صحت، نیشنل کینسر انسٹیٹیوٹ، نیشنل اکیڈمی آف سائنسز، انتظامیہ برائے نگہداشت صحت کی سرمایہ کاری ((Health Care Financing Administration، ٹیکنالوجی کے جائزے کا کانگریسی دفتر، اور قومی ادارہ جات برائے صحت سے منظور شدہ کسی بھی قومی بورڈ کی جانب سے یا اس کے زیر اہتمام صحت کی سروسز کی طبی قدر کا جائزہ لینے کی غرض سے اخذ کردہ نتائج، یا انجام دیے مطالعات، یا تحقیق۔	<input type="checkbox"/>
11. طبی آزمائش کا استرداد		
	ایک قابل رسائی طبی آزمائش ہوتی ہے جس کے لیے مریض اہل ہوتا ہے اور اسے منظور کیا جا چکا ہوتا ہے یا اس کے منظور کیے جانے کا امکان ہوتا ہے۔	<input type="checkbox"/>

اگرچہ اس کی ضرورت نہیں ہوتی، تاہم آپ کو طبی آزمائش کے پروٹوکولز اور متعلقہ معلومات منسلک کرنے کی تجویز دی جاتی ہے۔ طبی آزمائش کا ہم عصری جائزہ شدہ مطالعاتی منصوبہ ہونا ضروری ہے جو کہ: (1) مستند اداہ جاتی جائزہ بورڈ کی جانب سے جائزہ شدہ اور منظور شدہ ہو، اور (2) جو قومی ادارہ جات برائے صحت (National Institutes of Health، NIH) میں سے کسی ایک سے، یا NIH کو آپریٹو گروپ یا سینٹر، یا غذائی و ادویہ جاتی انتظامیہ (Food and Drug Administration) سے کسی نئی تحقیقاتی دوا کے استثناء کی صورت میں، یا وفاقی محکمہ برائے سابقہ فوجیوں کے معاملات ((federal Department of Veteran Affairs)، یا کسی مستند غیر حکومتی تحقیقی ادارے سے منظور شدہ ہو، جیسا کہ انفرادی NIH ادارہ جات برائے سینٹر سپورٹ گرانٹس، یا کسی ایسی سہولت گاہ کے ادارہ جاتی جائزہ بورڈ کی جانب سے جاری شدہ رہنما ہدایات میں نشاندہی کی گئی ہے، جس کے ذمے NIH کے تحقیقی خطرات سے تحفظ کے دفتر (Office of Protection from Research Risks) کی جانب سے منظور شدہ متعدد پراجیکٹس ہوں۔

12. نایاب مرض کے علاج کا استرداد	
ادارہ جاتی جائزہ بورڈ سے سروس کی فراہمی کی منظوری درکار ہونے کی صورت میں، منظوری شامل یا منسلک کریں۔	
<input type="checkbox"/>	مریض کا علاج کرنے والے معالج کے علاوہ کسی اور معالج کے طور پر، میں تصدیق کرتا ہوں کہ مریض نایاب کیفیت یا مرض کا شکار ہے جس کے لیے ایسا کوئی معیاری علاج موجود نہیں، جو درخواست کردہ سروس کے مقابلے میں مریض کے لیے طبی لحاظ سے ممکنہ طور پر زیادہ فائدہ مند ہو۔ درخواست کردہ سروس سے مریض کے نایاب مرض کے علاج میں مریض کو فائدہ پہنچنے کا امکان زیادہ ہے، اور ایسا فائدہ سروس سے ہونے والے خطرے پر غالب ہے۔
<input type="checkbox"/> سروس فراہم کار کے ساتھ میرا اہم مالی یا پیشہ ورانہ تعلق ہے <input type="checkbox"/> نہیں ہے (ایک کو نشان زد کریں)۔	
ایک کو نشان زد کریں:	<input type="checkbox"/> مریض کا نایاب مرض قومی ادارہ جات برائے صحت کے نایاب امراض کے طبی تحقیقی نیٹ ورک (National Institutes of Health Rare Diseases Clinical Research Network) کی جانب سے ایک تحقیقی مطالعے سے مشروط تھا یا موجودہ طور پر ہے۔ <input type="checkbox"/> مریض کا نایاب مرض ہر سال 200,000 سے کم امریکیوں کو متاثر کرتا ہے۔
13. بیرون نیٹ ورک ریفرل کا استرداد	
مریض کا علاج کرنے والے معالج کے طور پر، میں تصدیق کرتا ہوں کہ منصوبہ صحت کی جانب سے تجویز کردہ اندرون نیٹ ورک موجود نگہداشت صحت کا فراہم کار (کے فراہم کاران) مریض کی نگہداشت صحت کی مخصوص ضروریات کو پورا کرنے کے لیے مناسب تربیت اور تجربے کا (کے) حامل نہیں ہے (ہیں)۔ میں ذیل میں نشاندہی کردہ بیرون نیٹ ورک فراہم کار تجویز کرتا ہوں، جو مریض کی نگہداشت صحت کی مخصوص ضروریات کو پورا کرنے کے لیے مناسب تربیت اور تجربے کا حامل ہے اور وہ درخواست کردہ صحت کی سروس فراہم کرنے کی صلاحیت رکھتا ہے۔	
	بیرون نیٹ ورک فراہم کار کا نام:
	بیرون نیٹ ورک فراہم کار کا پتہ:
	بیرون نیٹ ورک فراہم کار کی تربیت اور تجربہ: (مثلاً بورڈ کی جانب سے تصدیق، کیفیت کا علاج کرنے میں گزرے گئے سال، انجام دیے گئے طریقہ کاروں کی # (تعداد) اور نتائج، دیگر کوئی بھی متعلقہ معلومات)۔
14. معالج (یا نسخہ لکھنے والے) کے دستخط	
میں تصدیق کرتا ہوں کہ مذکورہ بالا معلومات سچی اور درست ہیں۔ میں یہ سمجھتا ہوں کہ غلط بیانات دینے کے نتیجے میں میرے خلاف پیشہ ورانہ انضباطی کارروائی کی جا سکتی ہے۔	
	معالج (یا نسخہ لکھنے والے) کے دستخط: تاریخ:
	معالج (یا نسخہ لکھنے والے) کا نام: (واضح طور پر پرنٹ کریں):