



নিউ ইয়র্ক রাজ্যের বহিঃস্থ আপীলের আবেদন সম্পূর্ণ করার জন্য সহায়ক পরামর্শ

বহিঃস্থ আপীলের আবেদনের কিছু কিছু বিভাগ বিভ্রান্তিকর হতে পারে। ওই সব বিভাগগুলিতে কী প্রত্যাশা করা হয়ে তা জানতে নিচে দেখুন।

আবেদন

- **11 নম্বর** তখনই দরকার যখন রোগী তার হয়ে কাজ করার জন্য তার চিকিৎসা প্রদানকারী বদলে অন্য কোন ব্যক্তিকে মনোনীত করেন।
- **12 নম্বর** দর্শায় কী কারণে স্বাস্থ্য প্রকল্প পরিষেবা দিতে অস্বীকার করেছে। এই তথ্যটি স্বাস্থ্য প্রকল্পের চূড়ান্ত প্রতিকূল সিদ্ধান্ত (Final Adverse Determination) বিভাগে (প্রত্যাখ্যানপত্রে) পাওয়া যায়।
- **13 নম্বরের** ক্ষেত্রে, ত্বরান্বিত আপীলের আবেদন করা হয়ে থাকলে পর্যালোচনার ধরন (Type of Review) অবশ্যই সম্পূর্ণ করতে হবে। বহিঃস্থ আপীল শুধুমাত্র তখনই ত্বরান্বিত করা যেতে পারে যখন প্রত্যাখ্যান এই সব শ্রেণিগুলির কোন একটির অন্তর্গত হয়। আপনি যদি ইতিমধ্যেই পরিষেবাগুলি পেয়ে গিয়ে থাকেন, তাহলে আপনার আপীল ত্বরান্বিত করা যাবে না। সেই সঙ্গে আপনাকে এ-ও নির্দেশ করতে হবে যে, এটি প্রমাণ বিধির ব্যতিক্রম (Standard Formulary Exception)-এর জন্য নাকি প্রমাণ বহিঃস্থ আপীল (Standard External Appeal)-এর জন্য।
- **14 নম্বর** দরকার হয় যদি চিকিৎসা প্রদানকারী তাদের নিজেদের অথবা রোগীর তরফে আবেদন পেশ করেন।
- **15 নম্বর** আবেদনকৃত পরিষেবাগুলির বর্ণনা দেবার জন্য ব্যবহার করতে হবে। এই তথ্যের সাথে আপনি একটি পৃথক নথি সংযোজন করতে পারেন।
- **17 নম্বর** সেই ফি-র সাথে যুক্ত যা একটি স্বাস্থ্য প্রকল্প বহিঃস্থ আপীলের দরুণ ধার্য করতে পারে। স্বাস্থ্য প্রকল্প কোন ফি ধার্য করেছে কিনা তা চূড়ান্ত প্রতিকূল সিদ্ধান্তে উল্লেখ করা থাকবে।
- নিউ ইয়র্ক রাজ্যের বহিঃস্থ আপীলের জন্য নথির প্রকাশ (Release of Record)-এর জন্য রোগীর সম্মতিতে অবশ্যই রোগীর অথবা রোগীর দ্বারা অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর থাকতে হবে। রোগী যদি একজন নাবালক হন, তাহলে ওই নথিতে অবশ্যই তার বাবা-মায়ের বা আইনি অভিভাবকের স্বাক্ষর থাকতে হবে। রোগী যদি মারা যান, তাহলে ওই নথিতে অবশ্যই রোগীর স্বাস্থ্যপরিচর্যাকারী প্রতিনিধি বা তার নির্বাহকের স্বাক্ষর থাকতে হবে। অভিভাবক, স্বাস্থ্যপরিচর্যাকারী প্রতিনিধি বা নির্বাহকের দ্বারা স্বাক্ষরিত হলে, উক্ত ব্যক্তির আইন সমর্থিত নথির প্রতিলিপি অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।

চিকিৎসকের প্রত্যয়ন

- **চিকিৎসাগত প্রয়োজনীয়তা**, পরীক্ষামূলক/অনুসন্ধানমূলক, এবং নেটওয়ার্ক-বহির্ভূত আপীলসমূহের ক্ষেত্রে, প্রথম বিভাগটি আবশ্যিক যদি চিকিৎসাকারী চিকিৎসক একটি ত্বরান্বিত আপীলের জন্য অনুরোধ করেন, কারণ 30-দিনের প্রমাণ সময়সীমা রোগীর জীবনকে, স্বাস্থ্যকে, অথবা সম্ভাব্য সর্বোচ্চ শারীরিক ক্রিয়াশীলতা ফিরে পাওয়াকে বিপদগ্রস্ত করে তুলতে পারে, অথবা

একটি আবেদন নিয়ে প্রশ্ন বা সাহায্যের জন্য www.dfs.ny.gov/ExternalAppeal দেখুন, (800) 400-8882 নম্বরে কল করুন অথবা externalappealquestions@dfs.ny.gov-এ ইমেল করুন। একটি ত্বরান্বিত আপীল ফ্যাক্স

করার জন্য (888) 990-3991 নম্বরে কল করুন।

রোগীর স্বাস্থ্যের উপর আসন্ন বা গুরুতর বিপদ তৈরি করতে পারে। এছাড়াও চিকিৎসাকারী চিকিৎসককে একটি ফোন নম্বরও অন্তর্ভুক্ত করতে হবে যে নম্বরে তারা কাজের সময়ের বাইরেও যোগাযোগ করতে পারেন। এটি গুরুত্বপূর্ণ কারণ বহিঃস্থ আপীলের প্রতিনিধিকে আপীল গ্রহণের 72 ঘণ্টার মধ্যে একটি সিদ্ধান্ত আসতে হবে। চিকিৎসাকারী চিকিৎসকের কাছে পৌঁছাতে না পারার কারণে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য অসম্পূর্ণ থাকলেও অথবা উত্তর না পাওয়া প্রশ্ন থাকলেও সিদ্ধান্ত নিতেই হবে।

- **বিধির ব্যতিক্রম আপীলের ক্ষেত্রে**, প্রথম বিভাগটির দরকার হয় যদি চিকিৎসাকারী চিকিৎসক বা প্রেসক্রিপশনকারক ত্বরান্বিত আপীল চাইছেন কারণ রোগী এমন একটি শারীরিক সমস্যায় ভুগছেন যা তার জীবনকে, স্বাস্থ্যকে, অথবা সম্ভাব্য সর্বোচ্চ শারীরিক ক্রিয়াশীলতা ফিরে পাওয়াকে বিপদগ্রস্ত করে তুলতে পারে, অথবা রোগী বর্তমানে একটি চিকিৎসার অধীনে রয়েছেন যাতে বিধি-বহির্ভূত ওষুধ দ্বারা তার চিকিৎসা চলছে। এছাড়াও চিকিৎসাকারী চিকিৎসককে বা প্রেসক্রিপশনকারীকে একটি ফোন নম্বরও অন্তর্ভুক্ত করতে হবে যে নম্বরে তারা কাজের সময়ের বাইরেও যোগাযোগ করতে পারেন। এটি গুরুত্বপূর্ণ কারণ বহিঃস্থ আপীলের প্রতিনিধিকে আপীল গ্রহণের 24 ঘণ্টার মধ্যে একটি সিদ্ধান্ত আসতে হবে। চিকিৎসাকারী চিকিৎসকের/প্রেসক্রিপশনকারীর কাছে পৌঁছাতে না পারার কারণে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য অসম্পূর্ণ থাকলেও অথবা উত্তর না পাওয়া প্রশ্ন থাকলেও সিদ্ধান্ত নিতেই হবে।
- **10 নম্বর পরীক্ষামূলক/অনুসন্ধানমূলক এবং নেটওয়ার্ক-বহির্ভূত পরিষেবাগুলির প্রত্যাখ্যানের ক্ষেত্রে** দরকার হয় (যেখানে স্বাস্থ্য প্রকল্প একটি বৈকল্পিক নেটওয়ার্ক-মধ্যস্থ পরিষেবা প্রদান করে যা নেটওয়ার্ক-বহির্ভূত পরিষেবার থেকে বাস্তবিকরূপে আলাদা নয়)।
 - a, c ও d উপ-বিভাগগুলি পরীক্ষামূলক/অনুসন্ধানমূলক পরিষেবাগুলির প্রত্যাখ্যানের ক্ষেত্রে দরকার হয়।
 - b, c ও d উপ-বিভাগগুলি নেটওয়ার্ক-বহির্ভূত পরিষেবাগুলি প্রত্যাখ্যানের ক্ষেত্রে দরকার হয়।
 - উপ-বিভাগ c-তে অবশ্যই সেই সব চিকিৎসাগত ও বৈজ্ঞানিক প্রমাণ (চিকিৎসাকেন্দ্রগত সমকক্ষীয়দের পর্যালোচনা) অবশ্যই অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে, যা রোগীর অবস্থার জন্য প্রার্থীত পরিষেবার অনুরোধকে সমর্থন করে। দুটি অনুচ্ছেদ আবশ্যিক। এই বিভাগটি অবশ্যই পূর্ণাঙ্গরূপে সম্পূর্ণ করতে হবে, "সংযোজন দেখুন" লিখে দিলে তা যথেষ্ট হবে না। আপীল দায়ের করার জন্য গ্রহণযোগ্য নথিপত্রগুলি বর্ণনা বিভাগ d-তে দেওয়া হয়েছে। এমন কোন আবশ্যিকতা নেই যে, দুটি নথি আলাদা-আলাদা শ্রেণি থেকে হতে হবে।
- **11 নম্বর** একটি নিদানিক পরীক্ষণে অন্তর্ভুক্তির জন্য আবশ্যিক। দয়া করে খেয়াল করুন, ব্যয়সাধ্য পরিচর্যা আইন (Affordable Care Act) অনুমোদিত নিদানিক পরীক্ষণের সাথে জড়িত রোগীর নিয়মমাফিক ব্যয়সমূহের অন্তর্ভুক্তিকরণকে আবশ্যিক করে। এই আবশ্যতা গ্র্যান্ডফাদার্ড স্বাস্থ্য প্রকল্পের জন্য প্রযোজ্য নয়।
- **12 নম্বর** একটি বিরল রোগের চিকিৎসার জন্য পরীক্ষামূলক/অনুসন্ধানমূলক পরিষেবার প্রত্যাখ্যানের ক্ষেত্রে আবশ্যিক। যে চিকিৎসক একটি বিরল রোগের চিকিৎসার প্রত্যয়নের জন্য স্বাক্ষর করছেন তিনি রোগীর চিকিৎসাকারী চিকিৎসক হলে চলবে না। তাকে রোগীর চিকিৎসাকারী চিকিৎসকের সাথে কোন রকম সম্পর্কের ব্যাপারে প্রকাশ্যে জানাতে হবে এবং "বিরল রোগের" কোন

একটি আবেদন নিয়ে প্রশ্ন বা সাহায্যের জন্য www.dfs.ny.gov/ExternalAppeal দেখুন, (800) 400-8882 নম্বরে কল করুন অথবা externalappealquestions@dfs.ny.gov-এ ইমেল করুন। একটি ত্বরান্বিত আপীল ফ্যাক্স করার জন্য (888) 990-3991 নম্বরে কল করুন।

সংজ্ঞাটি রোগীর শারীরিক অবস্থার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য তা নির্দেশ করতে হবে।

- **13 নম্বর** অবশ্যই নেটওয়ার্ক-বহির্ভূত সুপারিশের প্রত্যাখ্যানের ক্ষেত্রে পূরণ করতে হবে (স্বাস্থ্য প্রকল্পে রোগীর স্বাস্থ্যপরিচর্যার প্রয়োজনীয়তাগুলি পূরণের জন্য উপযুক্ত প্রশিক্ষণ ও অভিজ্ঞতা-সহ একজন নেটওয়ার্ক-মধ্যস্থ চিকিৎসা প্রদানকারী নেই)। নেটওয়ার্ক-বহির্ভূত চিকিৎসা প্রদানকারীর নাম ও ঠিকানা ও সেই সঙ্গে তার প্রশিক্ষণ ও অভিজ্ঞতা সংক্রান্ত তথ্যাবলী অবশ্যই অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। প্রদত্ত তথ্যগুলি চিকিৎসাকেন্দ্রের সমকক্ষীয় পর্যালোচনাকারীগণ একজন নেটওয়ার্ক-মধ্যস্থ চিকিৎসা প্রদানকারী ও একজন নেটওয়ার্ক-বহির্ভূত চিকিৎসা প্রদানকারী যোগ্যতার তুলনার সময় ব্যবহার করবেন। নেটওয়ার্ক-বহির্ভূত চিকিৎসা প্রদানকারীর জীবনবৃত্তান্ত, বোর্ডের প্রত্যয়ন, সংশ্লিষ্ট শারীরিক অবস্থার চিকিৎসার অভিজ্ঞতার বছর, প্রার্থীত চিকিৎসাপদ্ধতি সংশ্লিষ্ট নেটওয়ার্ক-বহির্ভূত চিকিৎসা প্রদানকারী কতবার করছেন এবং ওই সব চিকিৎসাপদ্ধতির পরিণাম কী হয়েছে, এবং অন্যান্য প্রাসঙ্গিক তথ্য ইত্যাদির মতো তথ্যাবলী প্রদান করতে হবে। এই সব তথ্যগুলি আবেদনের সাথে দেওয়া একটি সংযোজনীর মাধ্যমে প্রদান করা যেতে পারে।
- **14 নম্বর** অবশ্যই চিকিৎসক দ্বারা স্বাক্ষরিত হতে হবে। চিকিৎসককে একজন MD বা DO হিসেবে নিউ ইয়র্ক রাজ্যের শিক্ষা আইন (NYS Education law) দ্বারা প্রত্যাখ্যান করা হয়েছে। অন্য কোন চিকিৎসা প্রদানকারীর দ্বারা স্বাক্ষরিত প্রত্যয়ন গ্রাহ্য করা হবে না। বিধির ব্যতিক্রম আপীলের ক্ষেত্রে, #14-এ চিকিৎসক বা প্রেসক্রিপশনকারী স্বাক্ষর করতে পারেন।

একটি আবেদন নিয়ে প্রশ্ন বা সাহায্যের জন্য www.dfs.ny.gov/ExternalAppeal দেখুন, (800) 400-8882 নম্বরে কল করুন অথবা externalappealquestions@dfs.ny.gov-এ ইমেল করুন। একটি ত্বরান্বিত আপীল ফ্যাক্স করার জন্য (888) 990-3991 নম্বরে কল করুন।