



## न्यूयॉर्क राज्य वाहय अपील का आवेदन करने के लिए कुछ उपयोगी सुझाव

वाहय अपील आवेदन के कुछ खण्ड भ्रामक हो सकते हैं। इन खंडों से क्या अपेक्षित है, यह जानने के लिए नीचे देखें।

### आवेदन

- **नम्बर 11** की आवश्यकता केवल तब होती है जब रोगी ने अपने पक्ष में कार्य करने के लिए प्रदाता के अलावा किसी अन्य को नामित किया हो।
- **नम्बर 12** में स्वास्थ्य योजना द्वारा सेवा को अस्वीकृत करने के कारण का उल्लेख रहता है। यह सूचना स्वास्थ्य योजना के समापक प्रतिकूल निर्धारण (अस्वीकृति पत्र) में दी जाती है।
- **नम्बर 13** के अनुसार यदि त्वरित अपील का अनुरोध किया गया है तो उस पर पुनर्विचार किया जाना चाहिए। वाहय अपील में तेजी तभी लाई जा सकती है यदि अस्वीकृति इन श्रेणियों में से किसी एक के कारण हो। यदि आपने सेवाओं का उपयोग पहले ही कर लिया है तो आपकी अपील पर शीघ्रता से विचार नहीं किया जा सकता। आपको यह भी सूचित करना होगा कि यह मानक फॉर्मलरी अपवाद है या मानक वाहय अपील के लिए है।
- **नम्बर 14** तब आवश्यक है जब प्रदाता अपनी ओर से या रोगी की ओर से आवेदन कर रहा हो।
- **नम्बर 15** का उपयोग उन सेवाओं के वर्णन के लिए किया जाना चाहिए जिनके लिए अनुरोध किया गया है। आप इसके साथ अलग से भी पन्ना संलग्न कर सकते हैं।
- **नम्बर 17** स्वास्थ्य योजना में वाहय अपील के लिए शुल्क की माँग की जा सकती है। उसी से सम्बद्ध है। समापक प्रतिकूल निर्धारण इसका उल्लेख करेगा कि क्या स्वास्थ्य योजना में किसी प्रकार के शुल्क की माँग है।
- न्यूयॉर्क राज्य वाहय अपील के लिए रिकॉर्ड जारी करने से सम्बद्ध रोगी के सहमति पत्र पर रोगी या उसके द्वारा अधिकृत प्रतिनिधि का हस्ताक्षर होना चाहिए। यदि रोगी अवयस्क है तो दस्तावेज पर रोगी के माता-पिता या उसके विधिक अभिभावक का हस्ताक्षर होना चाहिए। यदि रोगी दिवंगत हो गया है तो दस्तावेज पर उसके प्रतिनिधि या उसके निष्पादक का हस्ताक्षर होना चाहिए। यदि दस्तावेज पर अभिभावक, रोगी के प्रतिनिधि या उसके कार्य-निष्पादक के हस्ताक्षर हैं तो दस्तावेज के साथ विधि सम्मत समर्थक दस्तावेज को संलग्न करना चाहिए।

## चिकित्सक द्वारा सत्यापन

- चिकित्सकीय आवश्यकता के लिए। प्रयोगात्मक/जाँच सम्बन्धी या आउट ऑफ नेटवर्क अपील के लिए पहले खण्ड की आवश्यकता होती है, यदि देखभाल करने वाला चिकित्सक त्वरित अपील का अनुरोध कर रहा है कारण 30 दिन की मानक समयावधि रोगी के जीवन, स्वास्थ्य या उसकी कार्य-क्षमता को अधिकतम रूप से जोखिम में डाल सकती है या देरी के कारण रोगी के स्वास्थ्य के लिए आसन्न या गम्भीर संकट पैदा हो सकता है।
- अपीलों के लिए फॉर्मूलरी अपवाद, यदि रोगी उस स्थिति से गुजर रहा है जो उसके जीवन, स्वास्थ्यगत स्थिति या उसके पुनः स्वास्थ्यलाभ के लिए संकटप्रद है या उसकी चिकित्सा के लिए गैर फॉर्मूलरी दवा का उपयोग किया जा रहा है और इस स्थिति में यदि उसका वर्तमान चिकित्सक या परामर्शदाता शीघ्र अपील का अनुरोध कर रहा है तो पहला खंड आवश्यक है। रोगी के वर्तमान चिकित्सक या उसके परामर्शदाता को चाहिए कि वह अपना फोन नंबर भी दे जिससे उसकी कार्यावधि के बाद भी उससे सम्पर्क किया जा सके। यह अतिमहत्वपूर्ण है कारण वाह्य अपील एजेंट को पावती के 24 घंटे के अन्दर निर्णय ले लेना होता है। वर्तमान चिकित्सक/परामर्शदाता से सम्पर्क न हो पाने की स्थिति में अधूरी चिकित्सकीय जानकारी या अनुत्तरित प्रश्नों की स्थिति में भी निर्णय जारी करना अनिवार्य होता है।
- **नम्बर 10** प्रयोगात्मक / जाँच सम्बन्धी या आउट ऑफ नेटवर्क के अस्वीकरण के लिए आवश्यक है। (यदि स्वास्थ्य योजना एक वैकल्पिक इन-नेटवर्क सेवा प्रदान करती है जो वास्तव में आउट ऑफ नेटवर्क सेवा से भिन्न नहीं है।)
  - प्रयोगात्मक और जाँच सम्बन्धी अस्वीकरण की स्थिति में अपील करने के लिए उपखण्ड ए, सी और डी की आवश्यकता होती है।
  - आउट ऑफ नेटवर्क सेवा के अस्वीकरण की स्थिति में उपखण्ड बी, सी और डी की आवश्यकता होती है।

उपखण्ड सी में रोगी की हालत के लिए अनुरोधित सेवा के पक्ष में चिकित्सकीय और वैज्ञानिक साक्ष्य (क्लिनिकल सहकर्मी द्वारा प्रस्तुत की गई समीक्षा ) सम्बन्धी सूचना शामिल की जानी चाहिए। दो दस्तावेजों की आवश्यकता होती है। इस खंड को पूरी तरह भरा जाना चाहिए। “देखें संलग्न” यथेष्ट नहीं है। जो दस्तावेज प्रस्तुत करने के लिए अनुमोदित हैं, उनका विवरण उपखंड डी में दिया गया है। यह आवश्यक नहीं है कि दोनों दस्तावेज भिन्न-भिन्न श्रेणियों के हों।

- **नम्बर 11** क्लिनिकल ट्रायल के लिए आवश्यक है। वहन योग्य देखभाल अधिनियम के

अनुसार नियमित रोगी के अनुमोदित परीक्षणों की लागत को उसी में सम्मिलित किया जाता है। दादा-दादी की स्वास्थ्य-योजनाओं में इसे लागू नहीं किया गया है।

- **नम्बर 12** किसी दुर्लभ बीमारी के उपचार के लिए प्रायोगिक या जाँच सम्बन्धी अस्वीकृति के लिए आवश्यक है। किसी दुर्लभ बीमारी के उपचार के सत्यापन पर हस्ताक्षर करने वाला चिकित्सक रोगी का उपचार करने वाला चिकित्सक नहीं हो सकता। उन्हें रोगी का उपचार करने वाले चिकित्सक के साथ अपने सम्बन्ध को जाहिर करना होगा और बताना होगा कि रोगी के सन्दर्भ में दुर्लभ बीमारी की कौन सी परिभाषा लागू होती है।
- **नम्बर 13** आउट ऑफ नेटवर्क निर्देशपरक अस्वीकरण के लिए को पूरा किया जाना चाहिए। स्वास्थ्य योजना में रोगी की स्वास्थ्य सम्बन्धी देखभाल की आवश्यकता को पूरा करने के लिए उचित प्रशिक्षण और अनुभव से युक्त कोई इन-नेटवर्क प्रदाता नहीं है। आउट ऑफ नेटवर्क निर्देशपरक अस्वीकरण के लिए नम्बर 13 को पूरा किया जाना चाहिए। स्वास्थ्य योजना में रोगी की स्वास्थ्य सम्बन्धी देखभाल की आवश्यकता को पूरा करने के लिए उचित प्रशिक्षण और अनुभव से युक्त कोई इन-नेटवर्क प्रदाता नहीं है। आउट ऑफ नेटवर्क प्रदाता का नाम, उसका पता तथा उसके प्रशिक्षण और अनुभव को शामिल किया जाना चाहिए। इन-नेटवर्क प्रदाता की योग्यता की तुलना आउट ऑफ नेटवर्क प्रदाता से करते समय क्लिनिकल सहकर्मी समीक्षक द्वारा प्रदान की गई जानकारी का उपयोग किया जाएगा। आउट ऑफ नेटवर्क प्रदाता का बायो-डाटा, बोर्ड का प्रमाणपत्र, इस स्थिति के रोगी का इलाज करने के अनुभव वाले वर्षों की संख्या, आउट ऑफ नेटवर्क प्रदाता द्वारा अनुरोधित प्रक्रिया को पूरा करने की संख्या और उनके परिणाम तथा अन्य किसी भी सम्बन्ध सूचना को प्रदान किया जाना चाहिए। इस सूचना को आवेदन के साथ संलग्नक के रूप में भी प्रदान किया जा सकता है।
- **नम्बर 14** पर चिकित्सक के हस्ताक्षर होने चाहिए। एनवाईएस शिक्षा नियमावली के अनुसार एमडी या डीओ को चिकित्सक के रूप में परिभाषित किया गया है। किसी अन्य प्रदाता के हस्ताक्षर को मान्य नहीं माना जाता है। फॉर्मूलरी अपवाद की अपील के लिए 14 पर फिजीशियन या प्रदाता के हस्ताक्षर हो सकते हैं।