

न्यूयॉर्क राज्य बाह्य अपील आवेदन

यदि आप मरीज़ हैं या मरीज़ के नामित व्यक्ति हैं, या यदि आप डीएफएस में अपनी ओर से अपील करने वाले प्रदाता हैं तो 60 दिनों के भीतर स्वास्थ्य सेवाओं के लिए योजना के अंतिम प्रतिकूल निर्धारण के 4 महीने के भीतर इस आवेदन को पूरा करें और भेजें।

यहां मेल करें: न्यूयॉर्क राज्य वित्तीय सेवा विभाग, 99 वाशिंगटन एवेन्यू बॉक्स 177, अल्बानी, एनवाई 12210 या फ़ैक्स करें: (800) 332-2729.
सहायता के लिए, (800) 400-8882 पर कॉल करें या externalappealquestions@dfs.ny.gov पर ईमेल करें

1. आवेदक का नाम:			
2. मरीज़ का नाम:			
जन्म की तारीख:	लिंग:	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> महिला
3. मरीज़ का पता:		न <input type="checkbox"/> त नहीं/अन्य	
गली:			
शहर:		राज्य:	ज़िप कोड:
4. मरीज़ का फ़ोन नंबर:	प्राथमिक: ()	गौण: ()	
5. मरीज़ का ईमेल पता:			
6. मरीज़ स्वास्थ्य योजना:			ID #:
7. मरीज़ का चिकित्सक/प्रिस्क्राइबर:			
8. चिकित्सक/प्रिस्क्राइबर का पता:		गली:	
शहर:		राज्य:	ज़िप कोड:
9. चिकित्सक/प्रिस्क्राइबर का फ़ोन #:	()	फ़ैक्स:	()
10. यदि मरीज़ के पास मेडिकेड प्रबंधित देखभाल योजना है, तो क्या मरीज़ ने मेडिकेड के माध्यम से निष्पक्ष सुनवाई का अनुरोध किया है या उसे निष्पक्ष सुनवाई निर्धारण प्राप्त हुआ है?		<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> ना
		<input type="checkbox"/> मालूम नहीं	
11. यदि आवेदक मरीज़ का नामित व्यक्ति है तो पूरा किया जाना चाहिए			
इस अनुभाग को केवल तभी पूरा करें जब कोई नामित व्यक्ति किसी मरीज़ की ओर से यह अपील प्रस्तुत कर रहा हो। यदि मरीज़ का प्रदाता नामिती है तो इस अनुभाग के बजाय अनुभाग 14 को पूरा करें।			
नामिती का नाम:			
मरीज़ के साथ संबंध:			
पता:		गली:	
शहर:		राज्य:	ज़िप कोड:
फ़ोन नंबर:	()	फ़ैक्स:	()
नामिती का ईमेल पता:			
12. स्वास्थ्य योजना की अस्वीकृति का कारण - केवल एक की जांच करें और चिकित्सकीय रूप से आवश्यक नहीं को छोड़कर सभी त्वरित अपीलों और सभी अस्वीकृति के कारणों के लिए एक पूर्ण चिकित्सक का सत्यापन संलग्न करें:			
<input type="checkbox"/> चिकित्सीय दृष्टि से आवश्यक नहीं है		<input type="checkbox"/> नैदानिक परीक्षण के लिए प्रायोगिक/जांचात्मक	
<input type="checkbox"/> प्रायोगिक/जांचात्मक		<input type="checkbox"/> एक दुर्लभ बीमारी के लिए प्रायोगिक/जांचात्मक	
<input type="checkbox"/> आउट-ऑफ-नेटवर्क और स्वास्थ्य योजना ने एक वैकल्पिक इन-नेटवर्क सेवा का प्रस्ताव रखा		<input type="checkbox"/> नेटवर्क से बाहर रेफरल	
<input type="checkbox"/> फॉर्मलरी अपवाद (मेडिकेड या चाइल्ड हेल्थ प्लस के अलावा व्यक्तिगत और छोटे समूह कवरेज के लिए)			

<p>13. इस अपील में तेजी लाई जा सकती है। शीघ्र निर्णय नीचे वर्णित समय-सीमा के भीतर किए जाते हैं, भले ही मरीज़, चिकित्सक या प्रिस्क्राइबर बाहरी अपील एजेंट को आवश्यक चिकित्सा जानकारी प्रदान नहीं करता हो।</p>			
<p>यदि त्वरित हो तो एक की जाँच करें: (पहले से ही प्रदान की गई सेवाओं के लिए इनकार और एनएसए (NSA) के इनकार में तेजी नहीं लाई जा सकती)</p>	<input type="checkbox"/> शीघ्र अपील (72 घंटे)। इनकार का संबंध प्रवेश, देखभाल की उपलब्धता, निरंतर प्रवास, या स्वास्थ्य देखभाल सेवा से है जिसके लिए रोगी को आपातकालीन सेवाएं प्राप्त हुईं और वह अस्पताल में भर्ती रहा।		
	<input type="checkbox"/> शीघ्र अपील (72 घंटे)। 30 दिन की समय-सीमा मरीज के जीवन, स्वास्थ्य या अधिकतम कार्य को पुनः प्राप्त करने की क्षमता को गंभीर रूप से खतरे में डाल देगी, या देरी से मरीज के स्वास्थ्य के लिए एक आसन्न या गंभीर खतरा पैदा हो जाएगा, और मरीज का चिकित्सक चिकित्सक सत्यापन पूरा करेगा और इसे वित्तीय सेवा विभाग को भेजेगा।		
	<input type="checkbox"/> त्वरित फॉर्मूलरी अपवाद (24 घंटे)। मरीज एक स्वास्थ्य स्थिति से पीड़ित है जो उसके जीवन, स्वास्थ्य या अधिकतम कार्य को पुनः प्राप्त करने की क्षमता को गंभीर रूप से खतरे में डाल सकता है, या एक गैर-फॉर्मूलरी दवा का उपयोग करके उपचार के वर्तमान कार्यक्रम से गुजर रहा है, और मरीज का प्रिस्क्राइबिंग चिकित्सक या अन्य प्रिस्क्राइबर फिजिशियन सत्यापन पूरा करेगा और इसे वित्तीय सेवा विभाग को भेजेगा।		
<p>यदि मानक एक की जाँच करें:</p>	<input type="checkbox"/> मानक फॉर्मूलरी अपवाद (72 घंटे)।	<input type="checkbox"/> अन्य सभी अपीलों के लिए मानक अपील (30 दिन)	
<p>*** यदि शीघ्र हो तो आवेदन फैंक्स होने पर आपको 888-990-3991 पर कॉल करना होगा***</p>			
<p>14. यदि आवेदक मरीज़ का प्रदाता है तो पूरा किया जाना चाहिए</p>			
<p>स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को समवर्ती या पूर्वव्यापी अंतिम प्रतिकूल निर्धारण की बाहरी अपील का अधिकार है। इस अनुभाग को अपनी ओर से अपील करने वाले या मरीज के नामित व्यक्ति के रूप में अपील करने वाले प्रदाताओं द्वारा पूरा किया जाना चाहिए। अपील के प्रथम स्तर से प्रारंभिक अस्वीकृति और अंतिम प्रतिकूल निर्धारण संलग्न किया जाना चाहिए। टिप्पणी: प्रदाता नो सरप्राइज़ एक्ट के तहत सेवाओं के लिए अपनी ओर से बाहरी अपील दायर करने के पात्र नहीं हैं। केवल मरीज या मरीज का नामित व्यक्ति ही ऐसा करने के लिए पात्र है।</p>			
<input type="checkbox"/> प्रदाता अपनी ओर से दाखिल कर रहा है		<input type="checkbox"/> मरीज की ओर से नामिती के रूप में दाखिल करने वाला प्रदाता	
प्रदाता का नाम:			
प्रदाता का प्रतिनिधित्व करने वाला व्यक्ति या फर्म (यदि लागू हो):			
पत्राचार के लिए संपर्क व्यक्ति:			
पत्राचार के लिए पता:		गली:	
		शहर:	राज्य:
		ज़िप कोड:	
फोन नंबर:	()	फैक्स:	()
ईमेल पता:			
<p>मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस एप्लिकेशन में दी गई जानकारी मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सत्य और सटीक है। यदि बाहरी अपील एजेंट द्वारा समवर्ती इनकार को बरकरार रखा जाता है, तो मैं सह-भुगतान, सह-बीमा या कटौती योग्य राशि एकत्र करने के अलावा, मरीज से सेवा के लिए प्रतिपूर्ति का प्रयास नहीं करने पर सहमत हूँ। यदि मैं अपनी ओर से समवर्ती इनकार के खिलाफ अपील करता हूँ, न कि मरीज के नामित व्यक्ति के रूप में, तो मैं बाहरी अपील एजेंट के शुल्क का पूरा भुगतान करने के लिए सहमत हूँ यदि स्वास्थ्य योजना के समवर्ती इनकार को बरकरार रखा जाता है, या यदि स्वास्थ्य योजना का है तो एजेंट के शुल्क का आधा भुगतान करने के लिए सहमत हूँ, समवर्ती इनकार को आंशिक रूप से बरकरार रखा गया है। मैं एजेंट के निर्णय की समीक्षा के लिए बाहरी अपील एजेंट के खिलाफ कानूनी कार्यवाही शुरू नहीं करने पर सहमत हूँ; बशर्ते, यह बुरे विश्वास या घोर लापरवाही के लिए बाहरी अपील एजेंट के खिलाफ कार्रवाई करने या स्वास्थ्य योजना के खिलाफ कार्रवाई करने के मेरे अधिकार को सीमित नहीं करेगा।</p>			

प्रदाता के हस्ताक्षर:	
15. सेवा का विवरण और तारीख: (कोई भी अतिरिक्त जानकारी संलग्न करें जिस पर आप विचार करना चाहते हैं):	
16. बाहरी अपील पात्रता (एक की जांच करें):	
	<input type="checkbox"/> स्वास्थ्य योजना से अंतिम प्रतिकूल निर्धारण संलग्न है।
	<input type="checkbox"/> आंतरिक अपील को माफ करने वाला स्वास्थ्य योजना का पत्र संलग्न है।
	<input type="checkbox"/> मरीज के अनुरोधों से बाहरी अपील के साथ-साथ आंतरिक अपील में भी तेजी आई।
	<input type="checkbox"/> स्वास्थ्य योजना रोगी अपील के लिए आंतरिक अपील आवश्यकताओं का अनुपालन नहीं करती।
17. बाह्य अपील शुल्क	
यदि स्वास्थ्य योजना के लिए आवश्यक हो तो आपको स्वास्थ्य योजना के लिए बनाया गया चेक या मनीऑर्डर संलग्न करना होगा। यदि अपील का निर्णय आपके पक्ष में होता है, तो शुल्क आपको वापस कर दिया जाएगा।	
कृपया एक की जाँच करें:	<input type="checkbox"/> स्वास्थ्य योजना के लिए दिया गया चेक या मनीऑर्डर संलग्न है।
	<input type="checkbox"/> आवेदन फैंक्स कर दिया गया है और शुल्क 3 दिन के भीतर विभाग को भेज दिया जाएगा।
	<input type="checkbox"/> रोगी मेडिकेड या चाइल्ड हेल्थ प्लस के अंतर्गत कवर किया गया है।
	<input type="checkbox"/> मरीज कठिनाई के लिए शुल्क माफी का अनुरोध करता है और स्वास्थ्य योजना के लिए दस्तावेज उपलब्ध कराएगा।
	<input type="checkbox"/> स्वास्थ्य योजना बाहरी अपील के लिए कोई शुल्क नहीं लेती है या शुल्क की आवश्यकता नहीं है।

न्यूयॉर्क राज्य बाहरी अपील के लिए रिकॉर्ड जारी करने के लिए रोगी की सहमति

मरीज, मरीज के नामित व्यक्ति और मरीज के प्रदाता को स्वास्थ्य योजनाओं द्वारा किए गए कुछ प्रतिकूल निर्धारणों की बाहरी अपील का अधिकार है।

जब कोई बाहरी अपील दायर की जाती है, तो मरीज द्वारा हस्ताक्षरित और दिनांकित मेडिकल रिकॉर्ड जारी करने की सहमति आवश्यक है। न्यूयॉर्क राज्य वित्तीय सेवा विभाग द्वारा नियुक्त एक बाहरी अपील एजेंट इस सहमति का उपयोग मरीज की स्वास्थ्य योजना और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं से चिकित्सा जानकारी प्राप्त करने के लिए करेगा। चिकित्सा जानकारी के अनुरोध के साथ बाहरी अपील एजेंट का नाम और पता प्रदान किया जाएगा।

मैं अपनी स्वास्थ्य योजना और प्रदाताओं को बाहरी अपील से संबंधित सभी प्रासंगिक चिकित्सा या उपचार रिकॉर्ड जारी करने के लिए अधिकृत करता हूँ, जिसमें एचआईवी से संबंधित कोई भी जानकारी, मानसिक स्वास्थ्य उपचार की जानकारी, या शराब / मादक द्रव्यों के उपयोग के उपचार की जानकारी, बाहरी अपील एजेंट को शामिल है। मैं समझता हूँ कि बाहरी अपील एजेंट इस जानकारी का उपयोग केवल अपील पर निर्णय लेने के लिए करेगा और जानकारी को गोपनीय रखा जाएगा और किसी और को जारी नहीं किया जाएगा। यह रिलीज़ एक वर्ष के लिए वैध है। मैं न्यूयॉर्क स्टेट डिपार्टमेंट ऑफ़ फाइनेंशियल सर्विसेज से लिखित रूप से संपर्क करके किसी भी समय अपनी सहमति रद्द कर सकता हूँ, सिवाय उस हद तक जब तक कि उस पर भरोसा करते हुए कार्रवाई नहीं की गई हो। मैं समझता हूँ कि मेरी स्वास्थ्य योजना इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करने पर उपचार, नामांकन, पात्रता या भुगतान की शर्त नहीं लगा सकती है। मैं स्वीकार करता हूँ कि बाहरी अपील एजेंट का निर्णय बाध्यकारी है। मैं एजेंट के निर्णय की समीक्षा के लिए बाहरी अपील एजेंट के खिलाफ कानूनी कार्यवाही शुरू नहीं करने पर सहमत हूँ; बशर्ते, इससे बुरे विश्वास या गंभीर लापरवाही के लिए बाहरी अपील एजेंट के खिलाफ कार्रवाई करने या मेरी स्वास्थ्य योजना के खिलाफ कार्रवाई करने के मेरे अधिकार को सीमित नहीं किया जाएगा।

यदि मरीज या मरीज का नामित व्यक्ति न्यूयॉर्क राज्य बाहरी अपील के लिए रिकॉर्ड जारी करने के लिए मरीज की सहमति पर हस्ताक्षर करके यह आवेदन जमा करता है, तो मरीज प्रमाणित करता है कि इस आवेदन में दी गई जानकारी उसके सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सत्य और सटीक है।

नीचे मरीज के हस्ताक्षर आवश्यक हैं। यदि मरीज नाबालिग है, तो दस्तावेज़ पर उनके माता-पिता या कानूनी अभिभावक द्वारा हस्ताक्षर किए जाने चाहिए। यदि मरीज की मृत्यु हो गई है, तो दस्तावेज़ पर रोगी के स्वास्थ्य देखभाल प्रॉक्सि या निष्पादक द्वारा हस्ताक्षर किए जाने चाहिए। यदि किसी अभिभावक, पावर ऑफ़ अटॉर्नी, हेल्थकेयर प्रॉक्सि या निष्पादक द्वारा हस्ताक्षर किए गए हैं, तो कानूनी सहायक दस्तावेज़ की एक प्रति शामिल की जानी चाहिए।

हस्ताक्षर:			
नाम छापें:			
मरीज से संबंध, यदि लागू हो:			
मरीज का नाम:		आयु:	
मरीज की स्वास्थ्य योजना ID#:			
तारीख: (आवश्यक)			

बाहरी अपील के लिए चिकित्सक का सत्यापन

प्रयोगात्मक/जांचात्मक के रूप में स्वास्थ्य योजना की सेवाओं से इनकार की किसी भी बाहरी अपील के लिए मरीज के चिकित्सक को यह सत्यापन पूरा करना होगा; एक नैदानिक परीक्षण; एक दुर्लभ बीमारी; नेटवर्क से बाहर; या शीघ्र अपील के लिए. मरीज का डॉक्टर शीघ्र फॉर्मूलरी अपवाद अपील का भी अनुरोध कर सकता है। वित्तीय सेवा विभाग या बाहरी अपील एजेंट को आपसे मरीज के मेडिकल रिकॉर्ड सहित अतिरिक्त जानकारी का अनुरोध करने की आवश्यकता हो सकती है। यह जानकारी तुरंत उपलब्ध करायी जानी चाहिए.

यहां मेल करें: न्यूयॉर्क राज्य वित्तीय सेवा विभाग, 99 वाशिंगटन एवेन्यू, बॉक्स 177, अल्बानी एनवाई, 12210 या फैंक्स करें: (800) 332-2729.

अनुरोधित समीक्षा का प्रकार:	<input type="checkbox"/> मानक अपील (30 दिन), या गैर-फॉर्मूलरी दवा के लिए (72 घंटे)	<input type="checkbox"/> त्वरित अपील (72 घंटे), या गैर-फॉर्मूलरी दवा के लिए (24 घंटे)
यदि त्वरित हो तो एक की जाँच करें:	<input type="checkbox"/> शीघ्र अपील (72 घंटे)। इनकार का संबंध प्रवेश, देखभाल की उपलब्धता, निरंतर प्रवास, या स्वास्थ्य देखभाल सेवा से है जिसके लिए रोगी को आपातकालीन सेवाएं प्राप्त हुईं और वह अस्पताल में भर्ती रहा। <input type="checkbox"/> शीघ्र अपील (72 घंटे)। 30 दिन की समय-सीमा मरीज के जीवन, स्वास्थ्य या अधिकतम कार्य को पुनः प्राप्त करने की क्षमता को गंभीर रूप से खतरे में डाल देगी, या देरी से मरीज के स्वास्थ्य के लिए एक आसन्न या गंभीर खतरा पैदा हो जाएगा। <input type="checkbox"/> त्वरित फॉर्मूलरी अपवाद (24 घंटे)। मरीज एक ऐसी स्वास्थ्य स्थिति से पीड़ित है जो उसके जीवन, स्वास्थ्य या अधिकतम कार्य को पुनः प्राप्त करने की क्षमता को गंभीर रूप से खतरे में डाल सकती है, या किसी गैर-फॉर्मूलरी दवा का उपयोग करके उपचार के वर्तमान पाठ्यक्रम से गुजर रहा है।	
यदि शीघ्रता से दोनों को पूरा करें:	<input type="checkbox"/> मुझे पता है कि बाहरी अपील एजेंट को मेडिकल रिकॉर्ड सहित चिकित्सा जानकारी के लिए गैर-व्यावसायिक दिनों के दौरान मुझसे संपर्क करने की आवश्यकता हो सकती है, और इस त्वरित अपील अनुरोध को प्राप्त करने के 72 घंटे (या गैर-फॉर्मूलरी दवा के लिए 24 घंटे) के भीतर बाहरी अपील एजेंट द्वारा निर्णय लिया जाएगा, भले ही मैं बाहरी अपील एजेंट को चिकित्सा जानकारी या मेडिकल रिकॉर्ड प्रदान करता हूँ या नहीं।	
	गैर-व्यावसायिक दिनों के दौरान, मुझसे यहां संपर्क किया जा सकता है: ()	

- **शीघ्र अपील** के लिए, रोगी के चिकित्सक को, या गैर-फॉर्मूलरी दवा के लिए, रोगी को दवा लिखने वाले चिकित्सक या अन्य प्रिस्क्राइबर को नीचे दिए गए बॉक्स और आइटम 14 को पूरा करना होगा। **इस पर विचार करने के लिए आपको तुरंत एजेंट को जानकारी भेजनी होगी।**
- **प्रायोगिक/जांचात्मक इनकार** (नैदानिक परीक्षण या दुर्लभ बीमारी के उपचार के अलावा) के लिए रोगी के चिकित्सक को आइटम **1-10 और 14** को पूरा करना होगा।
- **नैदानिक परीक्षण** से इनकार के लिए, रोगी के चिकित्सक को आइटम **1-9, 11 और 14** को पूरा करना होगा।
- **आउट-ऑफ-नेटवर्क सेवा** अस्वीकरण के लिए (स्वास्थ्य योजना एक वैकल्पिक इन-नेटवर्क सेवा प्रदान करती है जो आउट-ऑफ-नेटवर्क सेवा से भौतिक रूप से भिन्न नहीं है), रोगी के चिकित्सक को **आइटम 1-10 और 14** को पूरा करना होगा।
- **आउट-ऑफ-नेटवर्क रेफरल** इनकार के लिए (स्वास्थ्य योजना में रोगी की स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए उचित प्रशिक्षण और अनुभव वाला कोई इन-नेटवर्क प्रदाता नहीं है), रोगी के चिकित्सक को आइटम **1 - 9, 13 और 14** को पूरा करना होगा।
- एक **दुर्लभ बीमारी** से इनकार के लिए, उपचार करने वाले चिकित्सक के अलावा एक चिकित्सक को आइटम **1-9, 12 और 14** को पूरा करना होगा।

1. इस फॉर्म को भरने वाले चिकित्सक (या प्रिस्क्राइबर) का नाम:	
प्रायोगिक/जांचात्मक, नैदानिक परीक्षण, नेटवर्क से बाहर सेवा, या नेटवर्क से बाहर रेफरल इनकार के खिलाफ अपील करने के लिए, चिकित्सक को लाइसेंस प्राप्त और बोर्ड-प्रमाणित या बोर्ड-योग्य होना चाहिए और रोगी के इलाज के लिए उपयुक्त अभ्यास के क्षेत्र में अभ्यास करने के लिए योग्य होना चाहिए। एक दुर्लभ बीमारी की अपील के लिए, एक चिकित्सक को उपरोक्त आवश्यकताओं को पूरा करना होगा, लेकिन वह रोगी का उपचार करने वाला चिकित्सक नहीं हो सकता है	

2. चिकित्सक (या प्रिस्क्राइबर) का पता:	गली:		
	शहर:	राज्य:	ज़िप कोड:
3. संपर्क व्यक्ति:			
4. फ़ोन नंबर:	()	फैक्स:	()
5. चिकित्सक (या प्रिस्क्राइबर) का ईमेल:			
6. मरीज का नाम :			
7. मरीज़ का पता:			
8. मरीज़ का फ़ोन नंबर:			
9. मरीज़ स्वास्थ्य योजना का नाम और ID नंबर:			
10. प्रायोगिक/जांचात्मक अस्वीकरण या आउट-ऑफ़-नेटवर्क सेवा अस्वीकरण (केवल प्रयोगात्मक/जांचात्मक इनकार या नेटवर्क से बाहर सेवा इनकार के लिए इस अनुभाग को पूरा करें। नैदानिक परीक्षण भागीदारी, दुर्लभ बीमारी, या आउट-ऑफ़-नेटवर्क रेफरल इनकार की अपील के लिए इस आइटम को पूरा न करें।)			
अ. प्रायोगिक/जांचात्मक खंडन के लिए:			
रोगी के चिकित्सक के रूप में मैं इसे प्रमाणित करता हूँ (बिना किसी बदलाव के एक का चयन करें):			
या	<input type="checkbox"/> मानक स्वास्थ्य सेवाएँ या प्रक्रियाएँ अप्रभावी रही हैं या चिकित्सकीय दृष्टि से अनुपयुक्त होंगी।		
	<input type="checkbox"/> स्वास्थ्य योजना द्वारा कवर की गई इससे अधिक लाभकारी मानक स्वास्थ्य सेवा या प्रक्रिया मौजूद नहीं है।		
और	<input type="checkbox"/> मैंने एक स्वास्थ्य सेवा या फार्मास्युटिकल उत्पाद की सिफारिश की है, जो नीचे सी और डी में उल्लिखित चिकित्सा और वैज्ञानिक साक्ष्य के निम्नलिखित दो दस्तावेज़ों के आधार पर, किसी भी कवर मानक स्वास्थ्य सेवा की तुलना में रोगी के लिए अधिक फायदेमंद होने की संभावना है।		
ब. आउट-ऑफ़-नेटवर्क सेवा अस्वीकरण के लिए			
<input type="checkbox"/> मरीज के चिकित्सक के रूप में मैं प्रमाणित करता हूँ कि निम्नलिखित आउट-ऑफ़-नेटवर्क स्वास्थ्य सेवा (सेवा की पहचान करें):			
स्वास्थ्य योजना द्वारा अनुशंसित वैकल्पिक इन-नेटवर्क स्वास्थ्य सेवा से भौतिक रूप से भिन्न है और (चिकित्सा और वैज्ञानिक साक्ष्य के निम्नलिखित दो दस्तावेज़ों के आधार पर) वैकल्पिक इन-नेटवर्क स्वास्थ्य सेवा की तुलना में अधिक चिकित्सकीय रूप से फायदेमंद होने की संभावना है और अनुरोधित स्वास्थ्य सेवा का प्रतिकूल जोखिम संभवतः वैकल्पिक इन-नेटवर्क स्वास्थ्य सेवा से अधिक नहीं बढ़ेगा।			
क. जिन दस्तावेज़ों पर भरोसा किया गया है उन्हें सूचीबद्ध करें और दस्तावेज़ों की एक प्रति संलग्न करें:			
दस्तावेज़ #1 शीर्षक:			
प्रकाशन का नाम:	अंक संख्या:	तारीख:	
दस्तावेज़ #2 शीर्षक:			
प्रकाशन का नाम	अंक संख्या:	तारीख:	

ड. सहकारी दस्तावेज़		
ऊपर सूचीबद्ध चिकित्सा और वैज्ञानिक साक्ष्य निम्नलिखित मानदंडों में से एक को पूरा करते हैं (नोट: सहकर्मी-समीक्षित साहित्य में फार्मास्यूटिकल निर्माण कंपनी या चिकित्सा उपकरण निर्माता द्वारा महत्वपूर्ण हद तक प्रायोजित प्रकाशन या पूरक शामिल नहीं हैं।)		लागू दस्तावेज़ों की जांच करें:
<input type="checkbox"/>	सहकर्मी-समीक्षित चिकित्सा साहित्य, जिसमें एक योग्य संस्थागत समीक्षा बोर्ड द्वारा समीक्षा और अनुमोदित उपचारों से संबंधित साहित्य, बायोमेडिकल सार-संग्रह और अन्य चिकित्सा साहित्य शामिल हैं जो इंडेक्स मेडिकस, अंश मेडिकस में अनुक्रमण के लिए नेशनल इंस्टीट्यूट ऑफ हेल्थ के नेशनल लाइब्रेरी ऑफ मेडिसिन के मानदंडों को पूरा करते हैं, मेडलाइन और मेडलर्स डेटाबेस स्वास्थ्य सेवा प्रौद्योगिकी मूल्यांकन अनुसंधान;	<input type="checkbox"/> दस्तावेज़ #1 <input type="checkbox"/> दस्तावेज़ #2
<input type="checkbox"/>	चिकित्सा पत्रिकाओं में प्रकाशित या प्रकाशन के लिए स्वीकार किए गए ईआर-समीक्षित वैज्ञानिक अध्ययन, जो वैज्ञानिक पांडुलिपियों के लिए राष्ट्रीय स्तर पर मान्यता प्राप्त आवश्यकताओं को पूरा करते हैं और जो अपने अधिकांश प्रकाशित लेखों को उन विशेषज्ञों द्वारा समीक्षा के लिए प्रस्तुत करते हैं जो संपादकीय स्टाफ का हिस्सा नहीं हैं;	<input type="checkbox"/> दस्तावेज़ #1 <input type="checkbox"/> दस्तावेज़ #2
<input type="checkbox"/>	प्रमुख मेडिकल एसोसिएशन की बैठकों में प्रस्तुति के लिए सहकर्मी-समीक्षित सार स्वीकार किए जाते हैं;	<input type="checkbox"/> दस्तावेज़ #1 <input type="checkbox"/> दस्तावेज़ #2
<input type="checkbox"/>	संघीय सामाजिक सुरक्षा अधिनियम की धारा 1861(टी)(2) के तहत स्वास्थ्य और मानव सेवा सचिव द्वारा मान्यता प्राप्त मेडिकल जर्नल;	<input type="checkbox"/> दस्तावेज़ #1 <input type="checkbox"/> दस्तावेज़ #2
<input type="checkbox"/>	निम्नलिखित मानक संदर्भ सारसंग्रह: (i) अमेरिकन हॉस्पिटल फॉर्मूलरी सर्विस ड्रग सूचना; (ii) नेशनल कॉम्प्रिहेंसिव कैंसर नेटवर्क की दवाएं और जैविक संग्रह; (iii) अमेरिकन डेंटल एसोसिएशन स्वीकृत डेंटल थेरेप्यूटिक्स; (iv) थॉमसन माइक्रोमेडिक्स ड्रगडेक्स; या (v) एल्सेवियर गोल्ड स्टैंडर्ड की क्लिनिकल फार्माकोलॉजी; या स्वास्थ्य और मानव सेवा सचिव या मेडिकेयर और मेडिकेड सेवाओं के केंद्रों द्वारा पहचाने गए अन्य सार-संक्षेप; या किसी प्रमुख सहकर्मी-समीक्षित पेशेवर पत्रिका में समीक्षा लेख या संपादकीय टिप्पणी द्वारा अनुशंसित;	<input type="checkbox"/> दस्तावेज़ #1 <input type="checkbox"/> दस्तावेज़ #2
<input type="checkbox"/>	स्वास्थ्य देखभाल नीति और अनुसंधान के लिए संघीय एजेंसी, राष्ट्रीय स्वास्थ्य संस्थान, राष्ट्रीय कैंसर संस्थान, राष्ट्रीय विज्ञान अकादमी, स्वास्थ्य देखभाल वित्तपोषण सहित संघीय सरकारी एजेंसियों और राष्ट्रीय स्तर पर मान्यता प्राप्त संघीय अनुसंधान संस्थानों द्वारा या उनके तत्वावधान में किए गए निष्कर्ष, अध्ययन या अनुसंधान प्रशासन, प्रौद्योगिकी मूल्यांकन कांग्रेस कार्यालय, और स्वास्थ्य सेवाओं के चिकित्सा मूल्य का मूल्यांकन करने के उद्देश्य से राष्ट्रीय स्वास्थ्य संस्थान द्वारा मान्यता प्राप्त कोई भी राष्ट्रीय बोर्ड।	<input type="checkbox"/> दस्तावेज़ #1 <input type="checkbox"/> दस्तावेज़ #2
11. नैदानिक परीक्षण से इनकार		
<input type="checkbox"/>	एक नैदानिक परीक्षण मौजूद है जो खुला है और जिसके लिए रोगी पात्र है और उसे स्वीकार कर लिया गया है या स्वीकार किया जाएगा।	
हालाँकि यह आवश्यक नहीं है, फिर भी यह अनुशंसा की जाती है कि आप नैदानिक परीक्षण प्रोटोकॉल और संबंधित जानकारी संलग्न करें। नैदानिक परीक्षण एक सहकर्मी-समीक्षित अध्ययन योजना होनी चाहिए जो कि: (1) एक योग्य संस्थागत समीक्षा बोर्ड द्वारा समीक्षा और अनुमोदित, और (2) राष्ट्रीय स्वास्थ्य संस्थान (एनआईएच), या एनआईएच सहकारी समूह या केंद्र, या खाद्य और औषधि प्रशासन में से किसी एक द्वारा जांच के रूप में अनुमोदित नई दवा छूट, या अनुभवी मामलों के संघीय विभाग, या एक योग्य गैर-सरकारी अनुसंधान इकाई, जैसा कि केंद्र सहायता अनुदान के लिए व्यक्तिगत एनआईएच संस्थानों द्वारा जारी दिशानिर्देशों में पहचाना गया है, या एक सुविधा का एक संस्थागत समीक्षा बोर्ड, जिसके पास कई परियोजना आश्वासन हैं। एनआईएच के अनुसंधान जोखिमों से संरक्षण कार्यालय।		

12. दुर्लभ रोग उपचार से इनकार			
यदि सेवा के प्रावधान के लिए संस्थागत समीक्षा बोर्ड के अनुमोदन की आवश्यकता है, तो अनुमोदन शामिल करें या संलग्न करें।			
<input type="checkbox"/>	एक चिकित्सक के रूप में, रोगी का इलाज करने वाले चिकित्सक के अलावा, मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी को एक दुर्लभ स्थिति या बीमारी है जिसके लिए कोई मानक उपचार नहीं है जो अनुरोधित सेवा की तुलना में रोगी के लिए अधिक चिकित्सकीय रूप से फायदेमंद होने की संभावना है। अनुरोधित सेवा से रोगी की दुर्लभ बीमारी के उपचार में लाभ होने की संभावना है, और ऐसा लाभ सेवा के जोखिम से अधिक है।		
<input type="checkbox"/> मेरा <input type="checkbox"/> सेवा प्रदाता के साथ कोई भौतिक वित्तीय या व्यावसायिक संबंध नहीं है (एक की जांच करें)।			
जांच एक:	<input type="checkbox"/> मरीज की वर्तमान या पहले की दुर्लभ बीमारी नेशनल इंस्टीट्यूट ऑफ हेल्थ रेयर डिजीज क्लिनिकल रिसर्च नेटवर्क द्वारा एक शोध अध्ययन के अधीन थी। <input type="checkbox"/> रोगी की दुर्लभ बीमारी प्रति वर्ष 200,000 से कम अमेरिकी निवासियों को प्रभावित करती है।		
13. आउट-ऑफ-नेटवर्क रेफरल अस्वीकरण			
मरीज की देखभाल करने वाले चिकित्सक के रूप में, मैं प्रमाणित करता हूँ कि स्वास्थ्य योजना द्वारा अनुशंसित इन-नेटवर्क स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के पास मरीज की विशेष स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए उचित प्रशिक्षण और अनुभव नहीं है। मैं नीचे बताए गए आउट-ऑफ-नेटवर्क प्रदाता की अनुशंसा करता हूँ, जिसके पास रोगी की विशेष स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए उचित प्रशिक्षण और अनुभव है और अनुरोधित स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने में सक्षम है।			
आउट-ऑफ-नेटवर्क प्रदाता का नाम:			
आउट-ऑफ-नेटवर्क प्रदाता का पता:			
आउट-ऑफ-नेटवर्क प्रदाता का प्रशिक्षण और अनुभव: (उदाहरण के लिए, बोर्ड प्रमाणन, स्थिति का इलाज करने वाले वर्ष, निष्पादित प्रक्रियाएं और परिणाम, कोई अन्य प्रासंगिक जानकारी)।			
14. चिकित्सक (या प्रिस्क्राइबर) के हस्ताक्षरचिकित्सक (या प्रिस्क्राइबर) का पता:			
मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त जानकारी सत्य एवं सही है। मैं समझता हूँ कि झूठे बयान देने के लिए मुझ पर पेशेवर अनुशासनात्मक कार्रवाई हो सकती है।			
चिकित्सक (या प्रिस्क्राइबर) के हस्ताक्षर:		तारीख:	
चिकित्सक (या प्रिस्क्राइबर) का नाम: (स्पष्ट रूप से प्रिंट करें):			