

RICHIESTA DI RICORSO ESTERNO DELLO STATO DI NEW YORK

Il paziente o un suo rappresentante devono compilare e inviare la presente richiesta entro 4 mesi dalla decisione finale avversa del piano per i servizi sanitari; i fornitori che fanno ricorso a nome del DFS devono farlo entro 60 giorni.

Inviare tramite posta all'indirizzo: New York State Department of Financial Services, PO Box 7209, Albany NY, 12224-0209 o via fax al numero: (800) 332-2729. Per qualsiasi richiesta di assistenza rivolgersi al numero (800) 400-8882 o inviare un'e-mail all'indirizzo externalappealquestions@dfs.ny.gov

1. Nome del richiedente:			
2. Nome del paziente:			
3. Indirizzo del paziente:	Via:		
	Città:	Stato:	CAP:
4. Numero di telefono del paziente:	Principale: ()	Secondario: ()	
5. Indirizzo e-mail del paziente:			
6. Piano sanitario del paziente:		ID n.:	
7. Medico/persona che prescrive la cura:			
8. Indirizzo del medico/persona che prescrive la cura:	Via:		
	Città:	Stato:	CAP:
9. Numero di telefono del medico/persona che prescrive la cura:	()	Fax:	()
10. Se il paziente ha un piano di cura gestito Medicaid, ha richiesto un'audizione equa tramite Medicaid o ha ricevuto un verdetto equo?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
11. Da compilare se il richiedente è incaricato dal paziente			
Compilare questa sezione esclusivamente se un incaricato presenta il ricorso a nome del paziente. Se l'incaricato è il fornitore del paziente, compilare la sezione 14 anziché la presente sezione.			
Nome dell'incaricato:			
Relazione con il paziente:			
Indirizzo:	Via:		
	Città:	Stato:	CAP:
Numero di telefono:	()	Fax:	()
Indirizzo email dell'incaricato:			
12. Ragioni per la decisione a sfavore del piano sanitario - (selezionare solo un'opzione e allegare un attestato completo del medico per tutti i ricorsi accelerati e le ragioni della negazione ad eccezione di «Non necessario da un punto di vista medico»):			
<input type="checkbox"/> Non necessario da un punto di vista medico	<input type="checkbox"/> Trattamento sperimentale/investigativo per sperimentazione clinica		
<input type="checkbox"/> Trattamento sperimentale/investigativo	<input type="checkbox"/> Trattamento sperimentale/investigativo per malattia rara		
<input type="checkbox"/> Fuori copertura; il piano sanitario ha proposto un servizio alternativo incluso nella copertura	<input type="checkbox"/> Riferimento esterno alla copertura		
<input type="checkbox"/> Eccezione all'elenco dei servizi approvati (per copertura assicurativa di persone e piccoli gruppi diversa da Medicaid o Child Health Plus)			

13. Questo ricorso può essere accelerato. Le decisioni accelerate vengono prese nelle tempistiche descritte in seguito, anche se il paziente, il medico o chi prescrive le cure non forniscono le informazioni mediche necessarie all'agente di ricorso esterno.

Se accelerato, selezionare una tra le seguenti opzioni:	<input type="checkbox"/> Ricorso accelerato (72 ore). La decisione a sfavore riguarda un'ammissione, la disponibilità della cura, la permanenza continuativa o un servizio sanitario per il quale il paziente ha ricevuto servizi di emergenza e resta ricoverato.	
	<input type="checkbox"/> Ricorso accelerato (72 ore). Il periodo di 30 giorni mette seriamente a rischio la vita, la salute o la possibilità di recuperare le massime funzioni o un ritardo può comportare una minaccia seria o imminente alla salute del paziente; il medico del paziente compilerà l'Attestato medico e lo invierà al Dipartimento dei Servizi Finanziari.	
	<input type="checkbox"/> Eccezione accelerate all'elenco dei servizi approvati (24 ore). Le condizioni di salute del paziente possono metterne seriamente a rischio la vita, la salute o la possibilità di recuperare le massime funzioni o il paziente si sta sottoponendo a una cura utilizzando un farmaco non presente nell'elenco dei farmaci approvati; il medico, o altra persona che effettua la prescrizione, compilerà l'Attestato medico e lo invierà al Dipartimento dei Servizi Finanziari.	
Se standard, selezionare una tra le seguenti opzioni:	<input type="checkbox"/> Eccezione standard all'elenco dei servizi approvati (72 ore)	<input type="checkbox"/> Ricorso standard per tutti gli altri ricorsi (30 giorni)

***** In caso di procedura accelerata, si deve chiamare il numero 888-990-3991 se la richiesta viene inviata via fax*****

14. Da compilare se il richiedente è fornitore del paziente

I fornitori di piani sanitari hanno diritto a un ricorso esterno per decisioni sfavorevoli o retrospettive. Questa sezione deve essere compilata dai fornitori che presentano appello a proprio nome o se presentano appello incaricati dal paziente. Devono essere allegate le decisioni a sfavore iniziale e finale a partire dal primo livello di ricorso.

<input type="checkbox"/> Il fornitore compila a proprio nome	<input type="checkbox"/> Il fornitore compila come incaricato a nome del paziente		
Nome del fornitore:			
Persona o ditta che rappresenta il fornitore (se applicabile):			
Persona di contatto per la corrispondenza:			
Indirizzo per la corrispondenza:	Via:		
	Città:	Stato:	CAP:
Numero di telefono:	()	Fax:	()
Indirizzo e-mail:			

Attesto che le informazioni inserite in questa richiesta sono veritiere e accurate al meglio della mia conoscenza. Acconsento a non richiedere rimborsi per il servizio al paziente se una decisione a sfavore viene confermata dall'agente di ricorso esterno, ad eccezione di co-pagamenti, co-assicurazione o pagamenti deducibili. Se presento ricorso per una decisione a sfavore concomitante a mio nome e non come incaricato del paziente, acconsento a pagare interamente la tariffa prevista per l'agente di ricorso esterno se la decisione a sfavore del piano sanitario viene confermata o metà della tariffa se la decisione a sfavore viene parzialmente confermata. Acconsento a non avviare un procedimento legale nei confronti dell'agente di ricorso esterno per rivedere la sua decisione, a condizione che ciò non limiti il mio diritto ad avviare un'azione nei confronti dell'agente di ricorso esterno per danni dovuti a malafede o negligenza o ad avviare un'azione nei confronti del piano sanitario.

Firma del fornitore:	
----------------------	--

15. Descrizione e data del servizio: (Allegare qualsiasi informazione aggiuntiva da prendere in considerazione):	
16. Idoneità al ricorso esterno (Selezionare un'opzione):	
	<input type="checkbox"/> Viene allegata la decisione a sfavore finale per il piano sanitario.
	<input type="checkbox"/> Viene allegata la lettera di rinuncia al ricorso interno per il piano sanitario.
	<input type="checkbox"/> Il paziente richiede un ricorso interno accelerato contemporaneamente al ricorso esterno.
	<input type="checkbox"/> Il piano sanitario non si conforma ai requisiti per il ricorso interno da parte del paziente.
17. Tariffa per il ricorso esterno	
È necessario allegare un assegno o un ordine di pagamento esterno al piano sanitario, se richiesto dal piano sanitario. Se il ricorso è a vostro favore, la tariffa vi verrà restituita.	
Selezionare una delle seguenti opzioni:	<input type="checkbox"/> Viene allegato un assegno o un ordine di pagamento effettuato esternamente al piano sanitario.
	<input type="checkbox"/> La richiesta è stata inviata via fax e la tariffa verrà inviata via posta al Dipartimento entro tre giorni.
	<input type="checkbox"/> Il paziente è coperto da assicurazione Medicaid o Child Health Plus.
	<input type="checkbox"/> Il paziente richiede l'esonero dal pagamento per difficoltà economiche e fornirà la documentazione al piano sanitario.
	<input type="checkbox"/> Il piano sanitario non richiede il pagamento di una tariffa per un ricorso esterno o non è richiesta una tariffa.

IL PAZIENTE ACCONSENTE ALLA DIFFUSIONE DELLE CARTELLE MEDICHE PER RICORSO ESTERNO ALLO STATO DI NEW YORK

Il paziente, il suo incaricato e il suo fornitore hanno diritto a un ricorso esterno in caso di alcune decisioni a sfavore effettuate per i piani sanitari.

Quando viene presentato un ricorso esterno, è necessario il consenso alla diffusione delle cartelle mediche, datato e firmato dal paziente. Un agente di ricorso esterno nominato dal Dipartimento dello Stato di New York per i Servizi Finanziari utilizzerà questo consenso per ottenere informazioni mediche dal piano sanitario e dai fornitori di servizi sanitari del paziente. Il nome e l'indirizzo dell'agente di ricorso esterno verranno forniti con la richiesta di informazioni mediche.

Autorizzo il mio piano sanitario e i fornitori a diffondere tutte le informazioni mediche o sul trattamento relative al ricorso esterno, inclusa qualsiasi informazione relativa all'HIV, informazioni su trattamenti di igiene mentale o informazioni su trattamenti per abuso di alcol/sostanze all'agente di ricorso esterno. Comprendo che l'agente di ricorso esterno utilizzerà queste informazioni esclusivamente per prendere una decisione in merito al ricorso e che le informazioni verranno mantenute riservate e non verranno divulgate a terze parti. Il consenso è valido per un anno. Posso revocare il consenso in qualsiasi momento, ad eccezione il caso in cui l'azione non sia già stata avviata, contattando il Dipartimento dello Stato di New York per i Servizi Finanziari a mezzo scritto. Comprendo che il mio piano sanitario non può condizionare trattamenti, iscrizioni, idoneità o pagamenti in caso di firma o di mancata firma di questo modulo. Riconosco che la decisione dell'agente di ricorso esterno è vincolante. Acconsento a non avviare un procedimento legale nei confronti dell'agente di ricorso esterno per rivedere la sua decisione, a condizione che ciò non limiti il mio diritto ad avviare un'azione nei confronti dell'agente di ricorso esterno per danni dovuti a malafede o negligenza o ad avviare un'azione nei confronti del piano sanitario.

Se il paziente o il suo incaricato invia questa richiesta, firmando il Consenso del Paziente alla diffusione delle informazioni per ricorso esterno allo Stato di New York, il paziente attesta che le informazioni fornite nella richiesta sono vere e precise al meglio della propria conoscenza.

La firma del paziente è richiesta in seguito. Se il paziente è un minore, il documento dev'essere firmato da un genitore o un tutore legale. Se il paziente è deceduto, il documento dev'essere firmato dall'esecutore o dal delegato del piano sanitario del paziente. Se firmato da tutore, procura, delegato o esecutore, deve essere inclusa una copia del documento legale di supporto.

Firma:

Nome in stampatello:

Relazione con il paziente,
ove applicabile:

Nome del paziente:

Età:

Numero ID del piano
sanitario del paziente:

Data:
(obbligatorio)

ATTESTATO DEL MEDICO PER RICORSO ESTERNO

Il medico del paziente deve compilare questo attestato per qualsiasi ricorso esterno per una decisione a sfavore per servizi del piano sanitario come trattamento sperimentale/investigativo, sperimentazione clinica, malattia rara, mancata copertura o ricorso accelerato. La persona che effettua la prescrizione può anche richiedere un ricorso accelerato per eccezione all'elenco dei servizi approvati. Il Dipartimento per i Servizi Finanziari o l'agente di ricorso esterno possono dover richiedere ulteriori informazioni, tra cui le cartelle cliniche del paziente. Tali informazioni devono essere fornite immediatamente.

Inviare tramite posta all'indirizzo: New York State Department of Financial Services, PO Box 7209, Albany NY, 12224-0209
o via fax al numero: (800) 332-2729.

Tipo di revisione richiesta:	<input type="checkbox"/> Ricorso standard (30 giorni) o per un farmaco non presente nell'elenco dei farmaci approvati (72 ore)	<input type="checkbox"/> Ricorso accelerato (72 ore) o per farmaco non presente nell'elenco dei farmaci approvati (24 ore)
Se accelerato, selezionare una tra le seguenti opzioni:	<input type="checkbox"/> Ricorso accelerato (72 ore). La decisione a sfavore riguarda un'ammissione, la disponibilità della cura, la permanenza continuativa o un servizio sanitario per il quale il paziente ha ricevuto servizi di emergenza e resta ricoverato. <input type="checkbox"/> Ricorso accelerato (72 ore). La tempistica di 30 giorni può mettere seriamente a rischio la vita, la salute o la possibilità di recuperare le massime funzioni o un ritardo può comportare una minaccia seria o imminente alla salute del paziente. <input type="checkbox"/> Eccezione accelerate all'elenco dei servizi approvati (24 ore). Le condizioni di salute del paziente possono metterne seriamente a rischio la vita, la salute o la possibilità di recuperare le massime funzioni o il paziente si sta sottoponendo a una cura utilizzando un farmaco non presente nell'elenco dei farmaci approvati.	
Se accelerato, compilare entrambe:	<input type="checkbox"/> Sono consapevole del fatto che l'agente di ricorso esterno potrebbe aver bisogno di contattarmi in giorni non lavorativi per informazioni mediche, incluse cartelle cliniche, l'agente prenderà una decisione relativamente al ricorso esterno entro 72 ore (o 24 ore per un farmaco non presente nell'elenco dei farmaci approvati) dalla ricezione della richiesta di ricorso accelerato, a prescindere dal fatto che io gli fornisca o meno informazioni mediche o cartelle cliniche.	
	Durante i giorni non lavorativi posso essere contattato al: ()	

- Per un **ricorso accelerato**, il medico del paziente, o la persona che effettua la prescrizione in caso di farmaco non presente nell'elenco dei farmaci approvati, deve compilare la casella seguente e la sezione **14. Le informazioni devono essere inviate immediatamente all'agente per essere prese in considerazione.**
- In caso di decisione a sfavore per **trattamento sperimentale/investigativo** (diverso da sperimentazione clinica o trattamento per malattie rare) il medico del paziente deve compilare le sezioni **1-10 e 14.**
- In caso di decisione a sfavore per **sperimentazione clinica**, il medico del paziente deve compilare le sezioni **1-9, 11 e 14.**
- In caso di decisione a sfavore per **servizio esterno alla copertura** (il piano sanitario offre un servizio alternativo incluso nella copertura non materialmente diverso dal servizio esterno alla copertura), il medico del paziente deve compilare le sezioni **1-10 e 14.**
- In caso di decisione a sfavore per **riferimento esterno alla copertura** (il piano sanitario non dispone di un fornitore incluso nella copertura con formazione ed esperienza appropriate per soddisfare le necessità di cura del paziente), il medico del paziente deve compilare le sezioni **1 - 9, 13 e 14.**
- In caso di decisione a sfavore per **malattie rare**, un medico diverso dal medico curante deve compilare le sezioni **1-9, 12 e 14.**

1. Nome del medico (o della persona che effettua la prescrizione) che compila il presente modulo:	
Per presentare ricorso per decisione a sfavore per sperimentazione clinica, trattamento sperimentale/investigativo, servizio esterno alla copertura o riferimento esterno alla copertura, il medico deve possedere una licenza ed essere certificato o idoneo a certificazione e qualificato per praticare nel campo necessario al trattamento del paziente. In caso di ricorso per malattia rara, il medico deve soddisfare i requisiti precedenti, ma non dev'essere il medico curante del paziente.	

2. Indirizzo del medico (o persona che prescrive la cura):	Via:			
	Città:	Stato:	CAP:	
3. Contatto:				
4. Numero di telefono:	()	Fax:	()	
5. Indirizzo email del medico (o persona che prescrive la cura):				
6. Nome del paziente:				
7. Indirizzo del paziente:				
8. Numero di telefono del paziente:				
9. Nome del piano sanitario del paziente e numero ID:				
10. Decisione a sfavore per trattamento sperimentale/investigativo o decisione a sfavore per servizio non incluso nella copertura (Compilare questa sezione esclusivamente in caso di decisione a sfavore per trattamento sperimentale/investigativo o decisione a sfavore per servizio non incluso nella copertura. NON compilare la presente sezione per ricorso per decisione a sfavore per partecipazione a sperimentazione clinica, malattia rara o riferimento non incluso nella copertura.)				
a. Per decisione a sfavore per trattamento sperimentale/investigativo:				
In qualità di medico del paziente, attesto che (selezionare un'opzione senza alterazioni):				
OPPURE	<input type="checkbox"/> I servizi sanitari o le procedure standard sono stati inefficaci o risulterebbero inappropriati dal punto di vista medico.			
	<input type="checkbox"/> Non esiste un servizio standard o una procedura coperta dal piano sanitario che risulti più efficace.			
E	<input type="checkbox"/> Raccomando un servizio sanitario o prodotto farmaceutico che, basandosi sui seguenti due documenti di evidenza medica e scientifica evidenziati in seguito in c e d , risulterebbe probabilmente maggiormente benefico per il paziente rispetto ai servizi sanitari standard inclusi nella copertura.			
b. Per decisione a sfavore per servizio non incluso nella copertura				
<input type="checkbox"/> Come medico del paziente, attesto che il seguente servizio sanitario esterno alla copertura (identificare il servizio):				
è materialmente diverso dal servizio sanitario alternativo incluso nella copertura raccomandato dal piano sanitario e (basandosi sui seguenti due documenti di evidenza medica e scientifica) risulterebbe probabilmente maggiormente benefico rispetto al servizio alternativo incluso nella copertura e il rischio di effetti collaterali relativi al servizio sanitario richiesto non sarebbero sostanzialmente superiori rispetto al servizio sanitario incluso nella copertura.				
c. Elenco dei documenti con copia allegata:				
Titolo documento n. 1:				
Nome pubblicazione:		Numero:		Data:
Titolo documento n. 2:				
Nome pubblicazione		Numero:		Data:

d. Documenti di supporto		
I documenti di evidenza medica e scientifica elencati in precedenza soddisfano uno dei seguenti criteri (Nota: la letteratura oggetto di esame collegiale non include pubblicazioni o appendici finanziate significativamente da una società farmaceutica o produttrice di dispositivi medici.)		Selezionare i documenti applicabili:
<input type="checkbox"/>	Letteratura oggetto di esame collegiale, inclusa la letteratura relativa a terapie rivista e approvata da un comitato di revisione istituzionale qualificato, compendi biomedici e altra letteratura medica che soddisfa i criteri del National Institute of Health's National Library of Medicine per l'indicizzazione in Index Medicus, Excerpta Medicus, Medline e MEDLARS database Health Services Technology Assessment Research;	<input type="checkbox"/> Documento n.1 <input type="checkbox"/> Documento n.2
<input type="checkbox"/>	Studi scientifici oggetto di esame collegiale pubblicati o accettati per la pubblicazione da parte di pubblicazioni mediche che soddisfano i requisiti riconosciuti a livello nazionale per i testi scientifici e che inviano la maggior parte degli articoli pubblicati per la revisione da parte di esperti indipendenti dallo staff editoriale;	<input type="checkbox"/> Documento n.1 <input type="checkbox"/> Documento n.2
<input type="checkbox"/>	Estratti oggetto di esame collegiale accettati per la presentazione durante i principali incontri di associazioni mediche;	<input type="checkbox"/> Documento n.1 <input type="checkbox"/> Documento n.2
<input type="checkbox"/>	Pubblicazione mediche riconosciute dal Secretary of Health and Human Services secondo la Sezione 1861 (t)(2) del Federal Social Security Act;	<input type="checkbox"/> Documento n.1 <input type="checkbox"/> Documento n.2
<input type="checkbox"/>	I seguenti compendi di riferimento standard: (i) American Hospital Formulary Service Drug Information; (ii) National Comprehensive Cancer Network's Drugs and Biological Compendium; (iii) American Dental Association Accepted Dental Therapeutics; (iv) Thomson Micromedex DrugDex; o (v) Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology; o altri compendi identificati da Secretary of Health and Human Services o da Centers for Medicare & Medicaid Services; o raccomandati da articoli di revisione o commenti editoriali in nelle principali pubblicazioni professionali oggetto di esame collegiale;	<input type="checkbox"/> Documento n.1 <input type="checkbox"/> Documento n.2
<input type="checkbox"/>	Scoperte, studi o ricerche condotte da o sotto l'auspicio di agenzie governative federali e istituti di ricerca federali riconosciuti a livello nazionale, inclusi Agency for Health Care Policy and Research, National Institutes of Health, National Cancer institute, National Academy of Sciences, Health Care Financing Administration, Congressional Office of Technology Assessment e qualsiasi ente nazionale riconosciuto da National Institutes of Health a scopo di valutazione del valore medico dei servizi sanitari.	<input type="checkbox"/> Documento n.1 <input type="checkbox"/> Documento n.2
11. Decisione a sfavore per sperimentazione clinica		
<input type="checkbox"/>	Esiste una sperimentazione clinica aperta e per la quale il paziente è idoneo ed è stato accettato o probabilmente sarà accettato.	
<p>Anche se non è richiesto, si raccomanda di allegare i protocolli delle sperimentazioni cliniche e relative informazioni. La sperimentazione clinica deve essere un piano di studi oggetto di esame collegiale che è stato: (1) rivisto e approvato da un ente istituzionale di revisione (2) approvato da uno tra National Institutes of Health (NIH), gruppo o centro cooperativo di NI, Food and Drug Administration in forma di esenzione per indagine su nuova sostanza, Department of Veteran Affairs, un ente di ricerca qualificato non governativo come identificato dalle linee guida promosse da singoli NIH Institutes for Center Support Grants o un ente di revisione istituzionale di una struttura con assicurazioni per progetti multipli approvato dall'Office of Protection from Research Risks dell'NIH.</p>		

12. Decisione a sfavore per trattamento di malattie rare			
Se la fornitura del servizio richiede l'approvazione di un ente di revisione istituzionale, includere o allegare l'approvazione.			
<input type="checkbox"/>	In qualità di medico diverso dal medico curante del paziente, attesto che il paziente è affetto da una malattia o condizione rara che non presenta trattamento standard probabilmente clinicamente più benefico rispetto al servizio richiesto. Il servizio richiesto probabilmente comporterà beneficio al paziente nel trattamento della malattia rara e tale beneficio supera il rischio del servizio.		
<input type="checkbox"/> Ho <input type="checkbox"/> non ho una relazione materiale finanziaria o professionale con il fornitore del servizio (selezionare un'opzione).			
Selezionare un'opzione:	<input type="checkbox"/> La malattia rara del paziente è attualmente oggetto o precedentemente era oggetto di uno studio di ricerca del National Institutes of Health Rare Diseases Clinical Research Network.		
	<input type="checkbox"/> La malattia rara del paziente colpisce meno di 200.000 residenti negli USA all'anno.		
13. Decisione a sfavore per riferimento esterno alla copertura			
In qualità di medico curante del paziente, certifico che i fornitori di trattamenti sanitari inclusi nella copertura e raccomandati dal piano sanitario non presentano formazione ed esperienza appropriati a soddisfare le particolari necessità di cura del paziente. Raccomando il fornitore di servizi non incluso nella copertura indicato di seguito, dotato di esperienza e formazione appropriate al soddisfacimento delle particolari necessità di cura del paziente e in grado di fornire il servizio sanitario richiesto.			
Nome del fornitore di servizi esterno alla copertura:			
Indirizzo del fornitore di servizi esterno alla copertura:			
Formazione ed esperienza del fornitore di servizi esterno alla copertura: (ad es. certificazione, anni di trattamento della condizione, numero di procedure svolte e risultato e qualsiasi altra informazione pertinente).			
14. Firma del medico (o persona che prescrive la cura)			
Attesto che le informazioni inserite in precedenza sono vere e corrette. Comprendo che posso essere soggetto ad azioni disciplinari professionali in caso di dichiarazioni false.			
Firma del medico (o persona che prescrive la cura):		Data:	
Nome del medico (o persona che prescrive la cura): (Scrittura leggibile):			