

## ЗАЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ПОДАЧИ ВНЕШНЕЙ АПЕЛЛЯЦИИ В ШТАТЕ НЬЮ-ЙОРК

Заполните и подайте это заявление на апелляцию в течение 4 месяцев после получения окончательного отказа в оплате медицинского обслуживания, если вы являетесь пациентом или уполномоченным представителем пациента, или в течение 60 дней, если вы являетесь поставщиком услуг, подающим апелляцию в Управление финансовых услуг от своего имени.

По почте: New York State Department of Financial Services, 99 Washington Avenue, Box 177, Albany NY, 12210  
или по факсу: (800) 332-27-29. Для получения консультации обращайтесь по телефону (800) 400-88-82 или по электронной почте [externalappealquestions@dfs.ny.gov](mailto:externalappealquestions@dfs.ny.gov)

|   |                             |                              |                                  |
|---|-----------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Ф. И. О. заявителя:  |                             |                              |                                  |
| 2. Ф. И. О. пациента:   |                             |                              |                                  |
| 3. Адрес пациента:  | Улица:                      |                              |                                  |
|   | Город:                      | Штат:                        | Почтовый индекс:                 |
| 4. Телефон пациента:  | Основной: (    )            | Дополнительный: (    )       |                                  |
| 5. Адрес эл. почты пациента:  |                             |                              |                                  |
| 6. План медицинского обслуживания пациента:   | Идентификационный номер:    |                              |                                  |
| 7. Врач пациента / лицо, назначающее препараты:   |                             |                              |                                  |
| 8. Адрес врача / лица, назначающего препараты:  | Улица:                      |                              |                                  |
|   | Город:                      | Штат:                        | Почтовый индекс:                 |
| 9. Телефон врача / лица, назначающего препараты:  | (    )                      | Факс:                        | (    )                           |
| 10. Если обслуживание пациента выполняется по плану Medicaid Managed Care Plan, обращался ли пациент в Medicaid с просьбой об объективном разбирательстве и получал ли решение по результатам такого разбирательства?     | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Не знаю |
| <b>11. Заполняется, если заявитель является уполномоченным представителем пациента</b>  |                             |                              |                                  |
| Этот раздел заполняется только в том случае, если апелляцию подает уполномоченный представитель пациента. Если уполномоченным представителем пациента является поставщик услуг, вместо этого раздела заполните 14 раздел. |                             |                              |                                  |
| Ф. И. О. уполномоченного представителя:   |                             |                              |                                  |
| Кем приходится пациенту:  |                             |                              |                                  |
| Адрес:  | Улица:                      |                              |                                  |
|   | Город:                      | Штат:                        | Почтовый индекс:                 |
| Телефон:  | (    )                      | Факс:                        | (    )                           |
| Адрес эл. почты уполномоченного представителя:  |                             |                              |                                  |

**12. Причины отказа в оплате по плану медицинского обслуживания** — отметьте только один вариант и **приложите** заполненное подтверждение врача с описанием всех срочных апелляций и причин отказа за исключением отсутствия медицинских показаний.

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Отсутствие медицинских показаний  | <input type="checkbox"/> Экспериментальное лечение / исследование в рамках клинических испытаний |
| <input type="checkbox"/> Экспериментальное лечение / исследование  | <input type="checkbox"/> Экспериментальное лечение / исследование редкого заболевания            |
| <input type="checkbox"/> Услуга вне сети, а в плане медицинского обслуживания присутствует альтернативная услуга в сети  | <input type="checkbox"/> Направление к поставщику вне сети                                       |
| <input type="checkbox"/> Использование препаратов, которых нет в каталоге (для страхового покрытия отдельных лиц или небольших групп, кроме программ Medicaid и Child Health Plus) |  |

**13. Можно подать срочную апелляцию.** Решения по срочным апелляциям принимаются в течение описанных ниже сроков, даже если пациент, врач или лицо, назначающее препараты, не предоставили внешней апелляционной комиссии необходимую медицинскую информацию.

|  |  |   |
|--|--|---|
| В случае срочной апелляции (отметьте один вариант)     | <input type="checkbox"/> Срочная апелляция (72 часа) Отказ связан с госпитализацией, доступностью медицинской помощи, продолжительным пребыванием или медицинской услугой, для которой пациент получил услуги экстренной помощи и остается в больнице.   |   |
|  | <input type="checkbox"/> Срочная апелляция (72 часа) 30-дневный срок ставит под серьезную угрозу жизнь пациента, его здоровье или способность к максимальному восстановлению; или задержка представляет собой непосредственную или серьезную угрозу для здоровья пациента. При этом врач пациента должен отправить подтверждение врача в Управление финансовых услуг.  |   |
|  | <input type="checkbox"/> Срочная апелляция: использование препарата, которого нет в каталоге (24 часа) Состояние здоровья пациента может поставить под серьезную угрозу его жизнь, здоровье или способность к максимальному восстановлению; или пациент проходит текущий курс лечения с использованием лекарства, не приведенного в каталоге. При этом врач пациента, назначающий препараты, или другое лицо, назначающее препараты, должны отправить подтверждение врача в Управление финансовых услуг. |   |
| В случае стандартной апелляции (отметьте один вариант) | <input type="checkbox"/> Стандартная апелляция: использование препарата, которого нет в каталоге (72 часа)   | <input type="checkbox"/> Стандартная апелляция во всех других случаях (30 дней) |

**\*\*\* В случае срочной апелляции вам необходимо позвонить по телефону 888-990-39-91 после отправки заявления по факсу \*\*\***

**14. Заполняется, если заявителем является поставщик медицинских услуг пациента**

Поставщики медицинских услуг имеют право подавать внешнюю апелляцию с целью обжалования текущего решения об окончательном отказе или такого решения, принятого в прошлом. Этот раздел заполняется поставщиками, подающими апелляцию от своего имени или в качестве уполномоченного представителя пациента. К заявлению необходимо приложить первоначальный отказ и решение об окончательном отказе по апелляции первого уровня.

|   |   |       |                  |
|---|---|-------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Поставщик подает апелляцию от своего имени | <input type="checkbox"/> Поставщик подает апелляцию в качестве уполномоченного представителя пациента |       |                  |
| Название поставщика:  |   |       |                  |
| Лицо или компания, представляющие поставщика (если применимо):      |   |       |                  |
| Контактное лицо для корреспонденции:                                |   |       |                  |
| Адрес для корреспонденции:  | Улица:  |       |                  |
|   | Город:  | Штат: | Почтовый индекс: |
| Телефон:  | ( )   | Факс: | ( )              |
| Адрес эл. почты:  |   |       |                  |

Настоящим я подтверждаю, что информация, представленная в данном заявлении, является, насколько мне известно, достоверной и точной. Я согласен (-на) не требовать от пациента компенсацию, в случае если внешняя апелляционная комиссия оставит в силе текущее решение об отказе, кроме доли в совместной оплате, доли участия в страховании и франшизы. В случае если я подаю апелляцию от своего имени, а не в качестве уполномоченного представителя пациента, я согласен (-на) уплатить пошлину за подачу внешней апелляции в полном объеме, если апелляционная комиссия оставит в силе текущее решение сотрудников плана медицинского обслуживания об отказе, или наполовину, если текущее решение сотрудников плана медицинского обслуживания об отказе будет оставлено частично. Я согласен (-на) не оспаривать решение внешней апелляционной комиссии в суде, при условии, что это не будет ограничивать мое право предъявить апелляционной комиссии иск о возмещении ущерба, причиненного вследствие недобросовестного выполнения обязанностей или грубой небрежности, или предъявить иск в отношении плана медицинского обслуживания.

Подпись поставщика:

**15. Дата (-ы) предоставления и описание услуги:** (Приложите любые дополнительные сведения для рассмотрения):

**16. Правомерность внешней апелляции** (отметьте один вариант):

- Окончательный отказ от сотрудников плана медицинского обслуживания (в приложении).
- Письмо от сотрудников плана медицинского обслуживания с внутренней апелляции (в приложении).
- Пациент запрашивает ускоренное принятие решения по внутренней апелляции одновременно с подачей внешней апелляции.
- План медицинского обслуживания не соответствует требованиям к внутренней апелляции пациента.

**17. Пошлина при подаче внешней апелляции**

В зависимости от условий плана медицинского обслуживания к форме внешней апелляции необходимо приложить чек или квитанцию о денежном переводе на счет плана медицинского обслуживания. Если решение будет принято в вашу пользу, пошлина будет возвращена.

- Отметьте один вариант:
- Чек или квитанция о денежном переводе на счет плана медицинского обслуживания (в приложении).
  - Заявление было отправлено по факсу, и подтверждение об уплате пошлины будет выслано по почте на адрес Управления финансовых услуг в течение 3 дней.
  - Обслуживание пациента выполняется на основании программ Medicaid или Child Health Plus.
  - Пациент запрашивает освобождение от уплаты пошлины в связи с крайне затруднительным материальным положением и предоставит сотрудникам плана медицинского обслуживания необходимые документы.
  - В соответствии с планом медицинского обслуживания уплата пошлины за подачу внешней апелляции не требуется.

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКИХ ЗАПИСЕЙ ЧЛЕНАМ ВНЕШНЕЙ АПЕЛЛЯЦИОННОЙ КОМИССИИ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК

Пациент, уполномоченный представитель пациента и поставщик медицинских услуг имеют право подать внешнюю апелляцию с целью обжалования определенных решений, принятых сотрудниками плана медицинского обслуживания.

При подаче внешней апелляции необходимо согласие на раскрытие медицинских записей, подписанное и датированное пациентом. На основании этого согласия внешняя апелляционная комиссия, назначенная Управлением финансовых услуг штата Нью-Йорк, имеет право запросить у поставщиков медицинских услуг и сотрудников плана медицинского обслуживания медицинскую информацию о пациенте. Название и адрес внешней апелляционной комиссии будут предоставлены вместе с запросом медицинской информации.

Я даю разрешение поставщикам медицинских услуг и сотрудникам плана медицинского обслуживания раскрывать внешней апелляционной комиссии все имеющиеся отношение ко внешней апелляции медицинские документы и записи о проведенном лечении, включая любую информацию о наличии или отсутствии ВИЧ, лечении психических заболеваний, алкоголизма или наркомании. Я понимаю, что внешняя апелляционная комиссия будет использовать эту информацию исключительно для принятия решения по апелляции, соблюдая конфиденциальность всех сведений, и не передаст их третьей стороне. Это согласие сохраняет силу в течение одного года. Я могу отозвать свое согласие в любое время, за исключением случаев, когда на основании него были предприняты какие-либо действия, подав в Управление финансовых услуг штата Нью-Йорк соответствующий запрос в письменном виде. Я понимаю, что мой план медицинского обслуживания не определяет лечение, участие, правомочность или оплату в зависимости от того, подпишу я настоящее согласие или нет. Я понимаю, что решение внешней апелляционной комиссии имеет обязательную силу. Я согласен (-на) не оспаривать решение внешней апелляционной комиссии в суде, при условии, что это не будет ограничивать мое право предъявить апелляционной комиссии иск о возмещении ущерба, причиненного вследствие недобросовестного выполнения обязанностей или грубой небрежности, или предъявить иск в отношении плана медицинского обслуживания.

Подписывая согласие на раскрытие медицинских записей и подавая внешнюю апелляцию (вне зависимости от того, кто именно подает апелляцию — сам пациент или его уполномоченный представитель), пациент подтверждает, что информация, представленная в данном документе, является, насколько ему известно, достоверной и точной.

Настоящий документ должен быть подписан пациентом. Если пациент несовершеннолетний, документ должен быть подписан одним из родителей или законным опекуном. Если пациент умер, документ должен быть подписан доверенным лицом пациента по вопросам здравоохранения или душеприказчиком пациента. Если документ подписывается опекуном, доверенным лицом, доверенным лицом по вопросам здравоохранения или душеприказчиком пациента, к нему необходимо приложить копию соответствующего подтверждающего документа.

|   |  |          |  |
|---|--|----------|--|
| Подпись:  |  |          |  |
| Ф. И. О. печатными буквами:                                       |  |          |  |
| Кем приходится пациенту (если применимо):                         |  |          |  |
| Ф. И. О. пациента:  |  | Возраст: |  |
| Идентификационный номер плана медицинского обслуживания пациента: |  |          |  |
| Дата: (обязательно)   |  |          |  |

## ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ВРАЧА ДЛЯ ВНЕШНЕЙ АПЕЛЛЯЦИИ

При подаче любой внешней апелляции с целью обжалования решения об отказе в оплате по плану медицинского обслуживания по причине принадлежности услуги к экспериментальному лечению / исследованию, экспериментальному лечению / исследованию в рамках клинических испытаний, экспериментальному лечению / исследованию редкого заболевания или предоставления поставщиком вне сети либо при подаче срочной апелляции необходимо приложить подтверждение врача пациента. Лицо, назначающее препараты, также может отправить запрос на срочную апелляцию по использованию препарата, которого нет в каталоге. Управление финансовых услуг или внешняя апелляционная комиссия могут запросить у вас дополнительную информацию, включая медицинские документы пациента. Такая информация должна быть предоставлена незамедлительно.

По почте: New York State Department of Financial Services, 99 Washington Avenue, Box 177, Albany, NY 12210  
или по факсу: (800) 332-27-29.

|  |   |   |
|--|---|---|
| Тип рассмотрения                                   | <input type="checkbox"/> Стандартная апелляция (30 дней) или апелляция по лекарству, которого нет в каталоге (72 часа)  | <input type="checkbox"/> Ускоренная апелляция (72 часа) или апелляция по лекарству, которого нет в каталоге (24 часа) |
| В случае срочной апелляции (отметьте один вариант) | <input type="checkbox"/> Срочная апелляция (72 часа) Отказ связан с госпитализацией, доступностью медицинской помощи, продолжительным пребыванием или медицинской услугой, для которой пациент получил услуги экстренной помощи и остается в больнице.<br><input type="checkbox"/> Срочная апелляция (72 часа) 30-дневный срок ставит под серьезную угрозу жизнь пациента, его здоровье или способность к максимальному восстановлению; или задержка может представлять собой непосредственную или серьезную угрозу для здоровья пациента.<br><input type="checkbox"/> Срочная апелляция: использование препарата, которого нет в каталоге (24 часа) Состояние здоровья пациента может поставить под угрозу его жизнь, здоровье или способность к максимальному восстановлению; или пациент проходит текущий курс лечения с использованием лекарства, не приведенного в каталоге. |   |
| В случае срочной апелляции заполните оба пункта    | <input type="checkbox"/> Я понимаю, что внешняя апелляционная комиссия может связаться со мной в нерабочие часы для получения медицинской информации, в том числе медицинских записей, и что решение по апелляции будет принято в течение 72 часов (или 24 часов в случае лекарства, которого нет в каталоге) с момента получения срочной апелляции, независимо от того, предоставляю я такую медицинскую информацию или нет.   |   |
|  | В нерабочие часы со мной можно связаться по: (       )  |   |

- В случае подачи **срочной апелляции** или в случае лекарства, которого нет в каталоге, лечащий врач пациента или лицо, выписывающее препараты, должны заполнить поле ниже и пункт **14**. **Для того чтобы информация была принята к рассмотрению, вы должны отправить ее апелляционной комиссии незамедлительно.**
- Для отказа по причине **экспериментального лечения / исследования** (за исключением участия в клинических испытаниях или лечения редкого заболевания) врач пациента должен заполнить пункты **1–10 и 14**.
- Для отказа по причине **участия в клинических испытаниях** врач пациента должен заполнить пункты **1–9, 11 и 14**.
- Для отказа по причине **предоставления услуги вне сети** (при условии наличия в плане медицинского страхования альтернативной услуги в сети, которая существенно не отличается от услуги вне сети) врач пациента должен заполнить пункты **1–10 и 14**.
- Для отказа по причине **направления к поставщику вне сети** (в плане медицинского обслуживания отсутствует поставщик в сети с соответствующей квалификацией и опытом для удовлетворения медицинских потребностей пациента) врач пациента должен заполнить пункты **1–9, 13 и 14**.
- Для отказа по причине лечения **редкого заболевания**, врач, который не является лечащим врачом пациента, должен заполнить пункты **1–9, 12 и 14**.

|   |  |       |                  |
|---|--|-------|------------------|
| 1. Ф. И. О. врача (или лица, назначающего препараты), заполняющего форму:   |  |       |                  |
| Чтобы подать апелляцию с целью обжалования решения об отказе по причине экспериментального лечения / исследования, участия в клинических испытаниях, предоставления услуги вне сети или направления к поставщику вне сети, врач должен иметь сертификацию и квалификацию в соответствующей области для лечения пациента. Чтобы подать апелляцию с целью обжалования решения об отказе по причине лечения редкого заболевания, врач должен удовлетворять перечисленным выше требованиям и не быть лечащим врачом пациента. |  |       |                  |
| 2. Адрес врача (или лица, назначающего препараты):  | Улица:   |       |                  |
|   | Город:   | Штат: | Почтовый индекс: |
| 3. Контактное лицо:   |  |       |                  |
| 4. Телефон:   | ( )  | Факс: | ( )              |
| 5. Адрес эл. почты врача (или лица, назначающего препараты):  |  |       |                  |
| 6. Ф. И. О. пациента:   |  |       |                  |
| 7. Адрес пациента:  |  |       |                  |
| 8. Телефон пациента:  |  |       |                  |
| 9. Название и идентификационный номер плана медицинского обслуживания пациента:   |  |       |                  |
| <b>10. Отказ по причине экспериментального лечения / исследования или предоставления услуги вне сети</b><br>(Заполните этот раздел только в случае отказа по причине экспериментального лечения / исследования или предоставления услуги вне сети. НЕ заполняйте этот раздел для апелляций с целью обжалования решения об отказе по причине участия в клинических испытаниях, лечения редкого заболевания или направления к поставщику вне сети.)   |  |       |                  |
| <b>а. В случае отказа по причине экспериментального лечения / исследования</b>  |  |       |                  |
| Как врач пациента я подтверждаю, что (выберите один вариант, ничего не меняя)   |  |       |                  |
| <b>ИЛИ</b>  | <input type="checkbox"/> Стандартные медицинские услуги или процедуры неэффективны или неприемлемы по медицинским соображениям.  |       |                  |
|   | <input type="checkbox"/> В плане медицинского обслуживания отсутствуют более эффективные стандартные медицинские услуги или процедуры.   |       |                  |
| <b>И</b>  | <input type="checkbox"/> Я рекомендую медицинскую услугу или лекарственный препарат, которые, исходя из <b>двух</b> документов, содержащих медицинские и научные свидетельства, <b>изложенные в пунктах с и d</b> ниже, вероятно, будет более эффективны в лечении пациента, чем любые стандартные медицинские услуги плана медицинского обслуживания. |       |                  |
|   | <b>б. В случае отказа по причине предоставления услуги вне сети</b>  |       |                  |
| <input type="checkbox"/> Как врач пациента я подтверждаю, что следующая услуга, предоставляемая вне сети (указать услугу):  |  |       |                  |
| существенно отличается от альтернативной медицинской услуги в сети, рекомендованной планом медицинского обслуживания, и (исходя из следующих <b>двух</b> документов, содержащих медицинские и научные свидетельства), вероятно, будет более эффективна с клинической точки зрения, чем альтернативная медицинская услуга в сети, а риски, связанные с использованием рекомендованной услуги, вероятно, не будут существенно выше по сравнению с альтернативной услугой в сети.  |  |       |                  |

|   |  |                |  |       |
|---|--|----------------|--|-------|
| <b>с. Укажите подтверждающие документы и приложите их копии</b> |  |                |  |       |
| Название документа 1:   |  |                |  |       |
| Название издания:   |  | Номер выпуска: |  | Дата: |
| Название документа 2:   |  |                |  |       |
| Название издания:   |  | Номер выпуска: |  | Дата: |

|  |  |
|--|--|
| <b>d. Подтверждающие документы</b>   |  |
| Медицинские и научные свидетельства, приведенные выше, удовлетворяют одному из следующих критериев. (Примечание: рецензируемые материалы не включают публикации или дополнения, финансируемые в значительной мере фармацевтическими компаниями или производителями медицинского оборудования.)   | Отметьте соответствующие документы   |
| <input type="checkbox"/> Рецензируемые медицинские материалы, включая материалы, описывающие методы лечения, рассмотренные и утвержденные квалифицированным наблюдательным советом при медицинском учреждении, биомедицинские справочники и другие медицинские материалы, которые по данным Национальной медицинской библиотеки Национального института здравоохранения занесены в базы данных Index Medicus, Excerpta Medicus, Medline и MEDLARS Программы оценки медицинских технологий.   | <input type="checkbox"/> Документ № 1<br><input type="checkbox"/> Документ № 2 |
| <input type="checkbox"/> Рецензируемые научные исследования, опубликованные или принятые к публикации в медицинских журналах, которые удовлетворяют общепризнанным национальным требованиям к научным рукописям и предоставляют большую часть опубликованных статей на рассмотрение экспертам, не являющимся членами редакционной коллегии.  | <input type="checkbox"/> Документ № 1<br><input type="checkbox"/> Документ № 2 |
| <input type="checkbox"/> Рецензируемые рефераты, принятые к презентации на крупных конференциях медицинских ассоциаций.  | <input type="checkbox"/> Документ № 1<br><input type="checkbox"/> Документ № 2 |
| <input type="checkbox"/> Медицинские журналы, признанные Министерством здравоохранения и социального обеспечения в соответствии с в разделом 1861(t)(2) Федерального закона о социальном обеспечении.  | <input type="checkbox"/> Документ № 1<br><input type="checkbox"/> Документ № 2 |
| <input type="checkbox"/> Следующие стандартные справочники: (i) Каталог лекарственных препаратов Американской фармакологической справочной службы; (ii) Каталог лекарственных и биологических препаратов Национальной всеобщей сети онкологических учреждений; (iii) Принятые терапевтические средства Американской стоматологической ассоциации; (iv) база данных Thomson Micromedex DrugDex; (v) Клиническая фармакология Elsevier Gold Standard; другие справочники, признанные Министерством здравоохранения и социального обеспечения или Центрами услуг Medicare и Medicaid; материалы, рекомендуемые в обзорных статьях или примечаниях редакции в ведущих рецензируемых профессиональных журналах. | <input type="checkbox"/> Документ № 1<br><input type="checkbox"/> Документ № 2 |
| <input type="checkbox"/> Результаты исследований, проведенных федеральными государственными учреждениями и национально признанными федеральными научно-исследовательскими институтами или под их эгидой, включая Федеральное агентство по политике и научным исследованиям в области здравоохранения, Национальные институты здравоохранения, Национальный институт онкологии, Национальную академию наук, Медицинскую финансовую администрацию, Управления по оценке технологий и любые национальные советы, признанные Национальными институтами здравоохранения с целью оценки медицинской ценности услуг в сфере здравоохранения.  | <input type="checkbox"/> Документ № 1<br><input type="checkbox"/> Документ № 2 |

|  |  |
|--|--|
| <b>11. Отказ по причине участия в клинических испытаниях</b> |  |
| <input type="checkbox"/>                                     | Пациент соответствует критериям отбора открытого клинического испытания и уже принят или будет принят для участия в этом испытании |

Хотя это не обязательно, мы рекомендуем приложить протоколы клинических испытаний и всю соответствующую информацию. Клиническое испытание должно проводиться по рецензируемому плану, который был: (1) рассмотрен и утвержден квалифицированным наблюдательным советом при медицинском учреждении и (2) утвержден одним из Национальных институтов здравоохранения (НИЗ), или кооперативной группой или центром НИЗ, или Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов в виде разрешения медицинского применения нового лекарственного препарата до его официальной регистрации, или Министерством по делам ветеранов, или квалифицированной неправительственной научно-исследовательской организацией, как определено в руководящих принципах отдельных институтов НИЗ для грантов в поддержку центров, или наблюдательным советом медицинского учреждения, которое имеет несколько проектов, одобренных Управлением по защите от рисков в процессе исследований НИЗ.

**12. Отказ по причине лечения редкого заболевания**  
 Если в процессе предоставления услуги необходимо утверждение наблюдательного совета медицинского учреждения, приложите это утверждение.

Как врач, не являющийся лечащим врачом пациента, я подтверждаю, что у пациента имеется редкое заболевание, для которого нет стандартного лечения, превышающего запрашиваемую услугу по эффективности для пациента. Запрашиваемая услуга, вероятно, будет эффективна при лечении редкого заболевания пациента, в результате чего преимущество перевешивает имеющиеся риски.

Я состою  Я не состою в существенных финансовых или профессиональных отношениях с поставщиком данной медицинской услуги (отметьте один вариант).

Отметьте один вариант:  
 Редкое заболевание пациента является в настоящее время или было в прошлом предметом научного исследования в Сети клинических исследований редких заболеваний Национальных институтов здравоохранения.  
 Редкое заболевание пациента поражает менее 200 000 жителей США в год.

**13. Отказ по причине направления к поставщику вне сети**

Как лечащий врач пациента, я подтверждаю, что поставщик медицинских услуг в сети, рекомендуемый планом медицинского обслуживания, не имеет соответствующей квалификации и опыта для удовлетворения медицинских потребностей пациента. Я рекомендую указанного ниже поставщика вне сети, который имеет соответствующую квалификацию и опыт для удовлетворения медицинских потребностей пациента и в состоянии обеспечить требуемое медицинское обслуживание.

Ф. И. О. поставщика вне сети:

Адрес поставщика вне сети:

Квалификация и опыт поставщика вне сети:  
 (например, профессиональная сертификация, количество лет лечения заболевания пациента, количество проведенных процедур и их результаты, а также любая другая относящаяся к делу информация).

**14. Подпись врача (лица, назначающего препараты)**

Я подтверждаю, что приведенная выше информация является достоверной и точной. Я понимаю, что меня могут привлечь к дисциплинарной ответственности за дачу ложных показаний.

Подпись врача (лица, назначающего препараты): \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_



|  |  |
|--|--|
| Ф. И. О. врача (лица, назначающего препараты):<br>(разборчиво печатными буквами) |  |
|--|--|