

طلب الاستئناف الخارجي لولاية نيويورك

أكمل هذا الطلب وأرسله في غضون 4 أشهر من القرار السلبي النهائي للخطة فيما يتعلق بالخدمات الصحية إذا كنت مريضاً أو من ينوب عن المريض ، أو في غضون 60 يوماً إذا كنت مقدماً وتستأنف بالنيابة عنك إلى إدارة ولاية نيويورك للخدمات المالية.

أرسل بالبريد إلى إدارة ولاية نيويورك للخدمات المالية. 99 شارع واشنطن، ص.177، الباني، نيويورك 12210 أو أرسل بالفاكس إلى: (800) 2729-332. للحصول على المساعدة ، اتصل بالرقم (800) 400-8882 أو أرسل بريداً إلكترونياً إلى externalappealquestions@dfs.ny.gov.

1. اسم مقدم الطلب:			
2. اسم المريض:			
تاريخ الولادة:		جنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير معين / غير ذلك	
3. عنوان المريض:		الشارع:	
		المدينة:	
		رمز الولاية:	
		رمز البلد:	
4. رقم هاتف المريض:		الأساسي: ()	
		الثانوي: ()	
5. عنوان البريد الإلكتروني للمريض:			
6. خطة صحة المريض:		الهوية: #	
7. طبيب المريض / الوصف:			
8. عنوان الطبيب / الوصف:		الشارع:	
		المدينة:	
		رمز الولاية:	
		رمز البلد:	
9. هاتف الطبيب / الوصف: #		()	
		فاكس: ()	
10. إذا كان المريض لديه خطة رعاية مُدارة من برنامج ميديكايد ، فهل طلب المريض جلسة استماع محدد من خلال برنامج ميديكايد أو حصل على قرار جلسة استماع محددة؟		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا أعلم	
11. يتم استكمالها إذا كان مقدم الطلب هو من ينوب عن المريض			
أكمل هذا القسم فقط إذا كان من ينوب عنه يقدم هذا الاستئناف نيابة عن المريض. إذا كان مزود المريض هو من ينوب عنه ، فأكمل القسم 14 بدلاً من هذا القسم.			
اسم من ينوب عنه:			
العلاقة مع المريض:			
العنوان:		الشارع:	
		المدينة:	
		رمز الولاية:	
		رمز البلد:	
رقم الهاتف:		()	
		فاكس: ()	
بريد إلكتروني لمن ينوب عنه			
12. سبب رفض خطة الرعاية الصحية - حدد سبباً واحداً فقط وأرفق شهادة طبيب كاملة لجميع الطعون المستعجلة وجميع أسباب الرفض باستثناء الحالات غير الضرورية من الناحية الطبية:			
<input type="checkbox"/> عدم الضرورية طبياً		<input type="checkbox"/> تجريبي / تحقيقي لتجربة سريرية	
<input type="checkbox"/> تجريبي / استقصائي		<input type="checkbox"/> تجريبي / تحقيقي لمرض نادر	
<input type="checkbox"/> اقترحت خارج الشبكة والخطة الصحية خدمة بديلة داخل الشبكة		<input type="checkbox"/> إحالة من خارج الشبكة	
<input type="checkbox"/> استثناء كتيب الوصفات (للتغطية الفردية والجماعية الصغيرة ، بخلاف برنامج ميديكايد أو شايلد هيلث بلس)			

13. يمكن تعجيل هذا الاستئناف. يتم اتخاذ القرارات العاجلة ضمن الأطر الزمنية الموضحة أدناه ، حتى إذا لم يقدم المريض أو الطبيب أو الوصف المعلومات الطبية المطلوبة إلى وكيل الاستئناف الخارجي.		
<input type="checkbox"/> الاستئناف المعجل (72 ساعة). يتعلق الرفض بالقبول أو توفر الرعاية أو الإقامة المستمرة أو خدمة الرعاية الصحية التي تلقى المريض من خلالها خدمات الطوارئ ويظل في المستشفى.	إذا تم الاستعجال حدد أي واحد	
<input type="checkbox"/> الاستئناف المعجل (72 ساعة). سيعرض الإطار الزمني البالغ 30 يوماً حياة المريض أو صحته أو قدرته على استعادة أقصى قدر من الوظائف للخطر بشكل خطير ، أو أن التأخير سيشكل تهديداً وشيكاً أو خطيراً على صحة المريض ، وسيقوم طبيب المريض بإكمال شهادة الطبيب وإرسالها إلى القسم للخدمات المالية.		
<input type="checkbox"/> استثناء الوصفات المعجل (24 ساعة). يعاني المريض من حالة صحية قد تعرض حياته أو صحته أو قدرته على استعادة أقصى قدر من الوظائف للخطر بشكل خطير ، أو يخضع لدورة علاجية حالية باستخدام دواء غير الوصفات ، وسيقوم الطبيب الذي يصفه المريض أو أي وصف آخر يستكمل تصديق الطبيب ويرسله إلى إدارة الخدمات المالية.		
<input type="checkbox"/> استثناء الوصفات القياسي (72 ساعة)	<input type="checkbox"/> الاستئناف القياسي لجميع طلبات الاستئناف الأخرى (30 يوماً)	إذا كان معيار حدد أي واحد:
*** في حالة الاستعجال ، يجب الاتصال بالرقم 3991-990-888 عندما قد تم إرسال الطلب بالفاكس ***		
14. للاستكمال إذا كان مقدم الطلب هو مزود المريض		
لمقدمي الرعاية الصحية الحق في الاستئناف الخارجي للقرار السلبي النهائي المتزامن أو بآثر رجعي. يجب إكمال هذا القسم من قبل مقدمي الخدمة الذين يناشدون نيابة عنهم أو يناشدون بصفقتهم من ينوب عنهم المريض. يجب إرفاق الرفض الأولي والقرار السلبي النهائي من المستوى الأول للاستئناف.		
<input type="checkbox"/> يقدم المزود نيابة عن نفسه	<input type="checkbox"/> يقدم المزود كـممثل نيابة عن المريض	
اسم المزود:		
شخص أو شركة ممثلة (إذا كان قابلاً للتطبيق):		
مسؤول الاتصال للمراسلات:		
العنوان للمراسلة:		
الشارع:		
المدينة:	الولاية:	رمز البلد:
رقم الهاتف:	()	فاكس: ()
البريد الإلكتروني		
أشهد أن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة على حد علمي. أوافق على عدم متابعة سداد تكاليف الخدمة من المريض إذا أيد وكيل الاستئناف الخارجي رفضاً متزامناً ، باستثناء تحصيل دفعة مشتركة أو تأمين مشترك أو خصم. إذا طعنت في رفض متزامن نيابة عني ، وليس بصفتي الشخص الذي عينه المريض ، فأنا أوافق على دفع رسوم وكيل الاستئناف الخارجي بالكامل إذا تم تأييد الرفض المتزامن للخطة الصحية ، أو دفع نصف رسوم الوكيل إذا كانت الخطة الصحية تم تأييد الرفض المتزامن جزئياً. أوافق على عدم بدء إجراءات قانونية ضد وكيل الاستئناف الخارجي لمراجعة قرار الوكيل ؛ بشرط ، مع ذلك ، أن هذا لا يحد من حقي في رفع دعوى ضد وكيل الاستئناف الخارجي للحصول على تعويضات عن إسائة النية أو الإهمال الجسيم ، أو رفع دعوى ضد الخطة الصحية.		
توقيع المزود:		

15. وصف وتاريخ (تواريخ) الخدمة: (أرفق أي معلومات إضافية تريد وضعها في عين الاعتبار):

16. أهلية الاستئناف الخارجي (حدد واحدًا):

مرفق طيه تقرير سلبي النهائي من الخطة الصحية

مرفق طيه خطاب الخطة الصحية الذي يتنازل فيه عن استئناف داخلي.

طلب المريض الاستئناف الداخلي المعجل في نفس وقت الاستئناف الخارجي.

لم تمتثل الخطة الصحية لمتطلبات الاستئناف الداخلية لاستئناف المريض.

17. رسوم الاستئناف الخارجي

يجب عليك إرفاق شيك أو حوالة مالية بريدية صادرة إلى خطة الرعاية الصحية إذا طلبت ذلك من قبل صندوق المرضى. إذا تم البت في الاستئناف لصالحك ، فسيتم إعادة الرسوم إليك.

مرفق معه شيك أو حوالة بريدية تم إرسالها إلى الخطة الصحية.

تم إرسال الطلب بالفاكس وسيتم إرسال الرسوم بالبريد إلى الدائرة في غضون 3 أيام

تتم تغطية المريض بموجب برنامج Medicaid أو ميديكايد أو تشايلد هيلث بلس

يطلب المريض إعفاء من الرسوم مقابل المشقة وسيقدم الوثائق إلى الخطة الصحية.

لا تتقاضى خطة الرعاية الصحية أي رسوم مقابل الاستئناف الخارجي و الرسوم غير مطلوبة

الرجاء التحديد لأي واحد

موافقة المريض على إصدار السجلات للاستئناف الخارجي لولاية نيويورك

يحق للمريض ومن ينوب عنه ومزود المريض الاستئناف الخارجي لبعض القرارات السلبية التي تتخذها الخطط الصحية.

عند تقديم استئناف خارجي ، من الضروري الحصول على موافقة على الإفراج عن السجلات الطبية ، موقعة ومؤرخة من قبل المريض. سيستخدم وكيل الاستئناف الخارجي المعين من قبل دائرة الخدمات المالية لولاية نيويورك هذه الموافقة للحصول على المعلومات الطبية من الخطة الصحية للمريض ومقدمي الرعاية الصحية. سيتم تقديم اسم وعنوان وكيل الاستئناف الخارجي مع طلب المعلومات الطبية.

أفوض خطتي الصحية ومقدمي الخدمات للإفراج عن جميع السجلات الطبية أو العلاجية المتعلقة بالاستئناف الخارجي ، بما في ذلك أي معلومات متعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية أو معلومات علاج الصحة العقلية أو معلومات علاج تعاطي الكحول / المخدرات إلى وكيل الاستئناف الخارجي. أفهم أن وكيل الاستئناف الخارجي سيستخدم هذه المعلومات فقط لاتخاذ قرار بشأن الاستئناف وستظل المعلومات سرية ولن يتم الكشف عنها لأي شخص آخر. هذا الإصدار صالح لمدة عام واحد. يجوز لي إلغاء موافقتي في أي وقت، باستثناء الحد الذي تم فيه اتخاذ إجراء اعتماداً عليها، من خلال الاتصال بدائرة الخدمات المالية بولاية نيويورك كتابياً. أفهم أن خطتي الصحية لا يمكنها شرط العلاج أو التسجيل أو الأهلية أو الدفع على ما إذا كنت أوقع على هذا الطلب. أقر بأن قرار وكيل الاستئناف الخارجي ملزم. أوافق على عدم بدء إجراءات قانونية ضد وكيل الاستئناف الخارجي لمراجعة قرار الوكيل؛ بشرط، مع ذلك، أن هذا لا يحد من حقي في رفع دعوى ضد وكيل الاستئناف الخارجي للحصول على تعويضات عن إساءة النية أو الإهمال الجسيم أو رفع دعوى ضد خطتي الصحية.

إذا قدم المريض أو من ينوب عن المريض هذا الطلب ، من خلال التوقيع على موافقة المريض على الإفراج عن السجلات للاستئناف الخارجي لولاية نيويورك ، فإن المريض يشهد على أن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة على حد علمه .

توقيع المريض مطلوب أدناه. إذا كان المريض قاصرًا ، فيجب ان يكون المستند موقعا من قبل أحد الوالدين أو الوصي القانوني. في حالة وفاة المريض ، يجب توقيع المستند من قبل وكيل الرعاية الصحية للمريض أو المنفذ. إذا تم التوقيع عليه من قبل ولي الأمر ، أو التوكيل ، أو وكيل الرعاية الصحية أو المنفذ ، فيجب إرفاق نسخة من المستند الداعم القانوني.

		التوقيع:
		إطبع الاسم:
		العلاقة بالمريض ، إن وجدت:
اسم المريض:	عمر:	
		رقم الخطة الصحية للمريض:
		التاريخ: (مطلوب)

شهادة طبيب للاستئناف الخارجي

يجب على طبيب المريض إكمال هذه الشهادة لأي استئناف خارجي لرفض خطة صحية للخدمات على أنها تجريبية / استقصائية ؛ تجربة سريرية مرض نادر خارج التغطية؛ أو للاستئناف المعجل. يجوز للوصف الخاص بالمريض أن يطلب أيضًا استئنافًا عاجلاً بشأن الاستئناف. قد تحتاج إدارة الخدمات المالية أو وكيل الاستئناف الخارجي إلى طلب معلومات إضافية منك ، بما في ذلك السجلات الطبية للمريض. يجب توفير هذه المعلومات على الفور.

أرسل بالبريد إلى إدارة ولاية نيويورك للخدمات المالية. 99 شارع واشنطن، ص.177، الباني، نيويورك 12210 أو

الفاكس إلى: (800) 332-2729.

نوع طلب المراجعة:	<input type="checkbox"/> الاستئناف القياسي (30 يومًا) ، أو لغير- دواء الوصفات (72 ساعة)	<input type="checkbox"/> الاستئناف المعجل (72 ساعة) ، أو لغير- دواء الوصفات (24 ساعة)
حدد واحدًا في حال التعجيل :	<input type="checkbox"/> الاستئناف المعجل (72 ساعة). يتعلق الرفض بالقبول، توفر الرعاية، الإقامة المستمرة أو خدمة الرعاية الصحية التي تلقى المريض من خلالها خدمات الطوارئ ويظل في المستشفى. <input type="checkbox"/> الاستئناف المعجل (72 ساعة). سيعرض الإطار الزمني البالغ 30 يومًا حياة المريض أو صحته أو قدرته على استعادة أقصى قدر من الوظائف للخطر بشكل خطير، أو أن التأخير سيشكل تهديدًا وشيئًا أو خطيرًا أعلى صحة المريض. <input type="checkbox"/> استثناء الوصفات المعجل (24 ساعة). يعاني المريض من حالة صحية قد تعرض حياته أو صحتها للخطر أو قدرته على استعادة أقصى قدر من الوظائف، أو يخضع لدورة علاجية حالية باستخدام دواء غير الوصفات.	
في حالة التعجيل أكمل كليهما:	<input type="checkbox"/> أعي أن وكيل الاستئناف الخارجي قد يحتاج إلى الاتصال بي خلال أيام غير العمل للحصول على معلومات طبية، بما في ذلك السجلات الطبية، وأنه سيتم اتخاذ القرار من قبل وكيل الاستئناف الخارجي في غضون 72 ساعة (أو 24 ساعة لغير الوصفات المخدرات) لتلقي طلب الاستئناف العاجل هذا، بغض النظر عما إذا كنت أقوم بتقديم معلومات طبية أو سجلات طبية إلى وكيل الاستئناف الخارجي أم لا.	
	خلال أيام غير العمل ، يمكن الوصول إلي على: ()	

- **للاستئناف العاجل**، يجب على طبيب المريض، أو بالنسبة للدواء غير الوصفات الطبية، أو الطبيب الذي يصفه المريض أو وصف آخر، إكمال المربع أدناه والبند **14**. يجب إرسال المعلومات إلى الوكيل فورًا حتى يتم أخذها في الاعتبار.
- بالنسبة للرفض **التجريبي/الاستقصائي** (بخلاف التجارب السريرية أو علاج الأمراض النادرة)، يجب على طبيب المريض إكمال البنود **1-10 و 14**.
- **لرفض التجارب السريرية**، يجب على طبيب المريض إكمال البنود **1-9 و 11 و 14**.
- لرفض **الخدمة خارج الشبكة** (تقدم الخطة الصحية خدمة بديلة داخل الشبكة لا تختلف جوهريًا عن الخدمة خارج الشبكة) ، يجب على طبيب المريض إكمال البنود **1-10 و 14**.
- بالنسبة لرفض **الإحالة خارج الشبكة** (لا يوجد لدى الخطة الصحية موفر داخل الشبكة يتمتع بالتدريب والخبرة المناسبة لتلبية احتياجات الرعاية الصحية للمريض) ، يجب على طبيب المريض إكمال البنود **1-9 ، 13 ، و 14**.
- في حالة رفض **مرض نادر** ، يجب على الطبيب، بخلاف الطبيب المعالج، إكمال البنود من **1 إلى 9، و 12، و 14**.

1. اسم الطبيب (أو الوصف) استكمال هذا الإستمارة:	
لاستئناف التجريبية / الفحصية ، تجربة سريرية ، خدمة خارج الشبكة أو رفض الإحالة خارج الشبكة، يجب أن يكون الطبيب مرخصًا ومعتمدًا من مجلس الإدارة أو مؤهلًا لمجلس الإدارة ومؤهلًا للممارسة في مجال الممارسة المناسب عالج المريض. لاستئناف مرض نادر، يجب أن يفي الطبيب بالمتطلبات المذكورة أعلاه ولكن قد لا يكون الطبيب المعالج للمريض.	

2. عنوان الطبيب (أو الوصف):		الشارع:	
3. جهة الاتصال:		المدينة:	
4. رقم الهاتف:		الولاية:	رمز البلد:
5. البريد الإلكتروني للطبيب (أو الوصف):		()	()
6. اسم المريض:		الفاكس:	
7. عنوان المريض:			
8. رقم هاتف المريض:			
9. اسم خطة صحة المريض وهويته			
<p>10. رفض تجريبي / استقصائي أو رفض الخدمة خارج الشبكة أكمل هذا القسم للرفض التجريبي / الاستقصائي أو رفض الخدمة خارج الشبكة فقط. لا تكمل هذا البند لاستئناف المشاركة في التجارب السريرية أو المرض النادر أو رفض الإحالة خارج الشبكة.)</p>			
أ. لرفض تجريبي / استقصائي:			
بصفتي طبيب المريض أشهد بأن (اختر واحداً دون تغيير):			
أو		<input type="checkbox"/> كانت الخدمات أو الإجراءات الصحية القياسية غير فعالة أو قد تكون غير مناسبة من الناحية الطبية.	
		<input type="checkbox"/> لا توجد هناك أي خدمة أو إجراء صحي قياسي أكثر فائدة تغطيه خطة الرعاية الصحية.	
و		<input type="checkbox"/> لقد أوصيت بخدمة صحية أو منتج صيدلاني ، بناءً على الوثيقتين التاليتين من الأدلة الطبية والعلمية الموضحة في بند ج و د أدناه ، من المرجح أن تكون أكثر فائدة للمريض من أي خدمة صحية قياسية مغطاة.	
ب. لرفض الخدمة خارج الشبكة			
<input type="checkbox"/> بصفتي طبيب المريض ، أشهد أن الخدمة الصحية التالية خارج الشبكة (تحديد الخدمة):			
يختلف على نحو مادي عن الخدمة الصحية البديلة داخل الشبكة التي توصي بها الخطة الصحية و (بناءً على الوثيقتين التاليتين للأدلة الطبية والعلمية) من المرجح أن تكون أكثر فائدة كإجراء طبي من الخدمة الصحية البديلة داخل الشبكة والمخاطر السلبية من المحتمل ألا يتم زيادة الخدمة الصحية المطلوبة بشكل كبير على الخدمة الصحية البديلة داخل الشبكة.			
ج. أذكر المستندات التي تم الاعتماد عليها وأرفق نسخة من المستندات:			
المستند # عنوان 1:			
اسم النشر:	رقم الإصدار:	تاريخ:	
المستند # عنوان 2:			
اسم النشر	رقم الإصدار:	تاريخ:	

د. الوثائق الداعمة

<p>اختر من المستندات المطلوبة:</p>	<p>يفي الدليل الطبي والعلمي المذكور أعلاه بأحد المعايير التالية (ملاحظة: لا تتضمن المؤلفات التي تمت مراجعتها من قبل الزملاء المنشورات أو المكملات الغذائية التي ترعاها إلى حد كبير شركة تصنيع الأدوية أو الشركة المصنعة للأجهزة الطبية).</p>
<p><input type="checkbox"/> المستند رقم #1 <input type="checkbox"/> المستند رقم #2</p>	<p>المؤلفات الطبية التي تمت مراجعتها من قبل النظراء ، بما في ذلك الأدبيات المتعلقة بالعلاجات التي تمت مراجعتها واعتمادها من قبل مجلس مراجعة مؤسسي مؤهل ، وملخصات طبية حيوية وأدبيات طبية أخرى تفي بمعايير المكتبة الوطنية للطب التابعة للمعهد الوطني للصحة للفهرسة في الفهرس الطبي، اكسيربنا ميديكس، قاعدة بيانات ميدلاين و ميدلارس لبحوث تقييم تكنولوجيا الخدمات الصحية ؛</p>
<p><input type="checkbox"/> المستند رقم #1 <input type="checkbox"/> المستند رقم #2</p>	<p>الدراسات العلمية المراجعة من قبل الأقران المنشورة أو المقبولة للنشر من قبل المجلات الطبية التي تفي بالمتطلبات المعترف بها على المستوى الوطني للمخطوطات العلمية والتي تقدم معظم مقالاتها المنشورة للمراجعة من قبل خبراء ليسوا جزءاً من هيئة التحرير؛</p>
<p><input type="checkbox"/> المستند رقم #1 <input type="checkbox"/> المستند رقم #2</p>	<p>تم قبول الملخصات التي تمت مراجعتها من قبل الأقران للعرض في اجتماعات النقابات الطبية الرئيسية؛</p>
<p><input type="checkbox"/> المستند رقم #1 <input type="checkbox"/> المستند رقم #2</p>	<p>المجلات الطبية المعترف بها من قبل سكريبتير الصحة والخدمات الإنسانية، بموجب القسم 1861 (ت) (2) من قانون الضمان الاجتماعي الفيدرالي؛</p>
<p><input type="checkbox"/> المستند رقم #1 <input type="checkbox"/> المستند رقم #2</p>	<p>الخلاصة المرجعية القياسية التالية: (1) معلومات الأدوية الخاصة بخدمات الوصفات الطبية للمستشفى الأمريكي؛ (2) خلاصة الأدوية والبيولوجية التي أعدتها الشبكة الوطنية الشاملة للسرطان؛ (3) جمعية طب الأسنان الأمريكية المقبولة في علاجات الأسنان؛ (4) ثومثون مايكروميديكس درغ ديكس؛ أو (5) علم الصيدلة السريرية الخاص بـ إيلسفيرجولد المعياري؛ أو خلاصات أخرى على النحو الذي سيكرتير الصحة والخدمات البشرية أو مراكز الرعاية الطبية والخدمات الطبية؛ أو موصى به من خلال مقالة مراجعة أو تعليق تحريري في مجلة مهنية رئيسية تمت مراجعتها من قبل الأقران؛</p>
<p><input type="checkbox"/> المستند رقم #1 <input type="checkbox"/> المستند رقم #2</p>	<p>النتائج أو الدراسات أو الأبحاث التي يتم إجراؤها بواسطة أو تحت إشراف الوكالات الحكومية الفيدرالية ومعاهد البحوث الفيدرالية المعترف بها على المستوى الوطني بما في ذلك الوكالة الفيدرالية لسياسة وبحوث الرعاية الصحية، والمعاهد الوطنية للصحة، والمعهد الوطني للسرطان، والأكاديمية الوطنية للعلوم، وتمويل الرعاية الصحية الإدارية، ومكتب الكونغرس لتقييم التكنولوجيا، وأي مجلس وطني معترف به من قبل المعاهد الوطنية للصحة لغرض تقييم القيمة الطبية للخدمات الصحية.</p>
<p>11. رفض التجارب السريرية</p>	
<p><input type="checkbox"/></p>	<p>توجد تجربة سريرية مفتوحة ويكون المريض مؤهلاً لها وتم قبولها أو من المحتمل أن يتم قبولها.</p>
<p>على الرغم من أنه ليس مطلوباً ، يوصى بإرفاق بروتوكولات التجارب السريرية والمعلومات المتعلقة بها. يجب أن تكون التجربة السريرية خطة دراسة تمت مراجعتها من قبل النظراء والتي تم: (1) مراجعتها والموافقة عليها من قبل مجلس مراجعة مؤسسي مؤهل، و (2) تمت الموافقة عليها من قبل أحد المعاهد الوطنية للصحة (أن أي أنتش) ، أو مجموعة تعاونية للمعاهد الوطنية للصحة أو مركزاً، أو إدارة الغذاء والدواء في شكل إعفاء تحقيقي جديد للأدوية، أو الإدارة الفيدرالية لشؤون المحاربين القدامى، أو كيان بحثي غير حكومي مؤهل كما هو محدد في الإرشادات الصادرة عن المعاهد الوطنية للصحة الفردية لمنح دعم المركز ، أو مجلس مراجعة مؤسسي لمنشأة لديها ضمان مشروع متعدد معتمد من قبل مكتب الحماية من مخاطر البحث في المعاهد الوطنية للصحة.</p>	

12. رفض علاج الأمراض النادرة		
إذا كان تقديم الخدمة يتطلب موافقة مجلس المراجعة المؤسسية، فقم بتضمين الموافقة أو إرفاقها.		
<input type="checkbox"/>	كطبيب ، بخلاف الطبيب المعالج للمريض، أشهد أن المريض يعاني من حالة أو مرض نادر لا يوجد له علاج قياسي من المحتمل أن يكون أكثر <input type="checkbox"/> فائدة إكلينيكيًا للمريض من الخدمة المطلوبة. من المحتمل أن تفيد الخدمة المطلوبة المريض في علاج مرض المريض النادر ، وهذه الميزة تفوق مخاطر الخدمة.	
<input type="checkbox"/> أنا أفعل <input type="checkbox"/> ليس لدي علاقة مالية أو مهنية مادية مع مقدم الخدمة (ضع علامة على واحدة).		
<input type="checkbox"/>	كان المرض النادر للمريض حاليًا أو سابقًا خاضعًا لدراسة بحثية من قبل شبكة الأبحاث السريرية للمعاهد الوطنية للأمراض النادرة الصحية.	
<input type="checkbox"/>	أختار اي واحد	
<input type="checkbox"/> يصيب المرض النادر للمريض أقل من 200000 مقيم في الولايات المتحدة سنويًا.		
13. رفض الإحالة خارج الشبكة		
بصفتي الطبيب المعالج للمريض ، أشهد أن مقدم (مقدمي) الرعاية الصحية داخل الشبكة الموصى بهم من قبل الخطة الصحية ليس لديهم التدريب والخبرة المناسبة لتلبية احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بالمريض. أوصي بمقدم الخدمة من خارج الشبكة الموضح أدناه، والذي يتمتع بالتدريب والخبرة المناسبة لتلبية احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بالمريض وقادر على تقديم الخدمة الصحية المطلوبة.		
	اسم المزود خارج الشبكة:	
	عنوان المزود خارج الشبكة:	
	تدريب وخبرة مزود خارج الشبكة: على سبيل المثال ، شهادة المجلس ، سنوات علاج الحالة ، عدد الإجراءات التي تم إجراؤها والنتيجة ، أي معلومات متعلقة أخرى.	
14. توقيع الطبيب (أو الواصف)		
أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة. أفهم أنني قد أتعرض لإجراءات تأديبية مهنية بسبب الإدلاء ببيانات كاذبة.		
	توقيع الطبيب (أو الواصف):	
	تاريخ:	
		اسم الطبيب (أو الواصف): (اطبع بوضوح):