

DEMANDE D'APPEL EXTERNE DE L'ETAT DE NEW YORK

Remplissez et envoyez cette demande dans les 4 mois suivant la décision défavorable finale du régime pour les services de santé si vous êtes le patient ou la personne désignée par le patient, ou dans les 60 jours si vous êtes un prestataire faisant appel en votre propre nom auprès du DFS.

Envoyez un mail aux : Département des services financiers de l'État de New York, 99 Washington Avenue, Box 177, Albany, NY 12210 ou par télécopie au : (800) 332-2729. Pour obtenir de l'aide, appelez-le (800) 400-8882 ou envoyez un mail à externalappealquestions@dfs.ny.gov.

1. Nom du demandeur:			
2. Nom du Patient:			
Date de naissance:	Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Feminin <input type="checkbox"/> Non désigné/Autre		
3. Adresse du Patient:	Rue:		
	Ville:	Etat:	Code postal :
4. Numero téléphone du Patient:	Primaire: ()		Secondaire: ()
5. Adresse E-mail du Patient:			
6. Plan de santé du Patient:	Numéro d'identification :		
7. Médecin du patient/prescripteur :			
8. Adresse du médecin/prescripteur :	Rue:		
	Ville:	Etat:	Code postal:
9. Numero téléphone du médecin/prescripteur :	()	télécopie: ()	
10. Si le patient bénéficie d'un plan de gestion des soins de Medicaid, le patient a-t-il demandé une audience équitable par le biais de Medicaid ou a-t-il reçu une décision d'audience équitable ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Je n'en sais rien.	
11. A remplir si le demandeur est la personne désignée par le patient.			
Remplissez cette section uniquement si une personne désignée soumet cet appel au nom d'un patient. Si le fournisseur du patient est le désigné, remplir la section 14 au lieu de cette section.			
Nom du désigné:			
Relation avec le patient :			
Adresse:	Rue:		
	Ville:	Etat:	Code postal:
Numero du Téléphone:	()	télécopie ()	
Adresse e-mail désignée:			
12. Motif du refus du régime d'assurance maladie - cochez une seule case et joignez une attestation du médecin dûment remplie pour tous les appels accélérés et tous les motifs de refus, à l'exception de Non médicalement nécessaire :			
<input type="checkbox"/>	Pas médicalement nécessaire	<input type="checkbox"/>	Expérimental/ investigatoire pour un essai clinique
<input type="checkbox"/>	Expérimental / investigatoire	<input type="checkbox"/>	Expérimental/investigatoire pour une maladie rare
<input type="checkbox"/>	réseau et le plan de santé a proposé un service alternatif dans le réseau.	<input type="checkbox"/>	Orientation hors réseau
<input type="checkbox"/>	Exception au formulaire (pour les couvertures individuelles et de petits groupes, autres que Medicaid ou Santé de l'enfant Plus.)		

13. Cet appel peut être accéléré. Des décisions accélérées sont prises dans les délais décrits ci-dessous, même si le patient, le médecin ou le prescripteur ne fournit pas les informations médicales nécessaires à l'agent d'appel externe.

Si accéléré, cochez une case :	<input type="checkbox"/> Le refus concerne une admission, la disponibilité des soins, la poursuite du séjour ou un service de soins de santé pour lequel le patient a reçu des services d'urgence et reste hospitalisé.	
	<input type="checkbox"/> Appel accéléré (72 heures). Si le délai de 30 jours compromet gravement la vie, la santé ou la capacité du patient à retrouver une fonction maximale, ou si un retard constitue une menace imminente ou grave pour la santé du patient, le médecin du patient doit remplir l'attestation du médecin et l'envoyer au Département des services financiers. des services financiers.	
	<input type="checkbox"/> Exception accélérée au formulaire (24 heures). Le patient souffre d'un état de santé susceptible de mettre gravement en danger sa vie, sa santé ou sa capacité à retrouver une fonction maximale, ou suit un traitement en cours utilisant un médicament ne figurant pas sur la liste, et le médecin prescripteur du patient ou un autre prescripteur remplira l'attestation du médecin et l'enverra au Département des services financiers.	
Si standard, cochez une case :	<input type="checkbox"/> Exception au formulaire standard (72 heures)	<input type="checkbox"/> Appel standard pour tous les autres appels (30 jours)

***** Si le processus est accéléré, vous devez appeler le 888-990-3991 lorsque la demande est faxée. *****

14. A remplir si le demandeur est le prestataire du patient

Les prestataires de soins de santé ont le droit de faire un appel externe d'une décision finale défavorable simultanée ou rétrospective. Cette section doit être remplie par les prestataires qui font appel en leur propre nom ou en tant que représentant d'un patient. Le refus initial et la décision défavorable finale du premier niveau d'appel doivent être attachés.

<input type="checkbox"/> Prestataire déposant en son propre Nom	<input type="checkbox"/> Le fournisseur dépose une demande en tant que mandataire au nom du patient.		
Nom du prestataire:			
Personne ou firme représentant le prestataire (si applicable) :			
Personne à contacter pour la correspondance :			
Adresse pour la correspondance :	Rue:		
	Ville:	Etat:	Code postal:
Numéro de téléphone:	()	télécopie ()	:
Adresse e-mail:			

J'atteste que les informations fournies dans cette demande sont vraies et exactes au meilleur de mes connaissances. J'accepte de ne pas demander le remboursement du service au patient si un refus concomitant est confirmé par l'agent d'appel externe, sauf pour percevoir un co-paiement, une co-assurance ou une franchise. Si je fais appel d'un refus concomitant en mon nom propre, et non en tant que représentant du patient, j'accepte de payer les honoraires de l'agent d'appel externe en totalité si le refus concomitant du régime de santé est confirmé, ou de payer la moitié des honoraires de l'agent si le refus concomitant du régime de santé est confirmé en partie. J'accepte de ne pas entamer de procédure judiciaire à l'encontre de l'agent de recours externe pour réviser la décision de l'agent, à condition toutefois que cela ne limite pas mon droit d'intenter une action contre l'agent de recours externe pour des dommages et intérêts pour mauvaise foi ou négligence grave, ou d'intenter une action contre le régime de soins de santé.

Signature du prestataire :	
----------------------------	--

15. Description et date(s) du service : (Attachez toute information supplémentaire que vous souhaitez prendre en compte) :	
16. Eligibilité à un appel externe (cocher une case) :	
	<input type="checkbox"/> Joindre la décision défavorable finale du plan de santé.
	<input type="checkbox"/> Joindre la lettre du régime de santé qui renonce à un appel interne.
	<input type="checkbox"/> Le patient demande un appel interne accéléré en même temps que l'appel externe.
	<input type="checkbox"/> Le plan de santé n'était pas conforme aux exigences d'appel interne pour l'appel du patient.
17. Taxe de l'appel externe	
Vous devez joindre un chèque ou un mandat à l'ordre du régime d'assurance-maladie si celui-ci l'exige. Si l'appel est décidé en votre faveur, les frais vous seront remboursés.	
Veuillez cocher une case :	<input type="checkbox"/> Ci-joint, un chèque ou un mandat à l'ordre du régime de santé.
	<input type="checkbox"/> La demande a été faxée et les frais seront envoyés par courrier au ministère dans les 3 jours.
	<input type="checkbox"/> Le patient est couvert par Medicaid ou Santé de l'enfant Plus.
	<input type="checkbox"/> Le patient demande une dispense de frais pour difficultés et fournira des documents au plan de santé.
	<input type="checkbox"/> Le régime de santé ne facture pas de frais pour un appel externe ou les frais ne sont pas requis.

CONSETEMENT DU PATIENT A LA PUBLICATION DES DOSSIERS POUR L'APPEL EXTERNE DE L'ETAT DE NEW YORK

Le patient, la personne désignée par le patient et le prestataire du patient ont le droit de faire appel externe de certaines décisions défavorables prises par les régimes de santé.

Lorsqu'un appel externe est déposé, un consentement à la divulgation des dossiers médicaux, signé et daté par le patient, est nécessaire. Un agent d'appel externe désigné par le Département des services financiers de l'État de New York utilisera ce consentement pour obtenir des informations médicales auprès du régime de santé et des prestataires de soins de santé du patient. Le nom et l'adresse de l'agent d'appel externe seront fournis avec la demande d'informations médicales.

J'autorise mon régime de soins de santé et mes fournisseurs à communiquer à l'agent d'appel externe tous les dossiers médicaux ou de traitement pertinents liés à l'appel externe, y compris toute information relative au VIH, au traitement de la santé mentale ou au traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Je comprends que l'agent d'appel externe utilisera ces informations uniquement pour prendre une décision sur l'appel et que les informations resteront confidentielles et ne seront pas divulguées à d'autres personnes. Cette autorisation est valable pendant un an. Je peux révoquer mon consentement à tout moment, sauf dans la mesure où une action a été entreprise sur la base de celui-ci, en contactant par écrit le Département des services financiers de l'État de New York. Je comprends que mon régime de santé ne peut pas conditionner le traitement, l'inscription, l'éligibilité ou le paiement à la signature de ce formulaire. Je reconnais que la décision de l'agent de recours externe est contraignante. J'accepte de ne pas entamer de procédure judiciaire à l'encontre de l'agent d'appel externe afin de réviser sa décision, à condition toutefois que cela ne limite pas mon droit d'intenter une action en dommages-intérêts contre l'agent d'appel externe pour mauvaise foi ou négligence grave, ou d'intenter une action contre mon régime de soins de santé.

Si le patient ou la personne désignée par le patient soumet cette demande, en signant le Consentement du patient à la communication de dossiers pour l'appel externe de l'État de New York, le patient atteste que les informations fournies dans cette demande sont vraies et exactes au mieux de ses connaissances.

La signature du patient est requise ci-dessous. Si le patient est mineur, le document doit être signé par son parent ou son tuteur légal. Si le patient est décédé, le document doit être signé par le mandataire ou l'exécuteur testamentaire du patient. Si le document est signé par un tuteur, une procuration, un mandataire de soins de santé ou un exécuteur testamentaire, une copie du document juridique à l'appui doit être incluse.

Signature:

Nom en lettres majuscules :

Relation avec le patient, le cas échéant :

Nom du patient :

Age:

Numéro d'identification du régime d'assurance maladie du patient :

Date :
(obligatoire)

ATTESTATION DU MEDECIN POUR UN APPEL EXTERNE

Le médecin du patient doit remplir cette attestation pour tout appel externe d'un refus de services par un plan de santé en tant qu'expérimental/investigation, essai clinique, maladie rare, hors réseau, ou pour un appel accéléré. Le prescripteur du patient peut également demander un appel accéléré pour une exception au formulaire. Le département des services financiers ou l'agent d'appel externe peut avoir besoin de vous demander des informations supplémentaires, notamment les dossiers médicaux du patient. Ces informations doivent être fournies immédiatement.

Envoyez un e-mail aux : Département des services financiers de l'État de New York, 99 Washington Avenue, Box 177, Albany NY, 12210 ou par télécopie au : (800) 332-2729.

Type de révision Demandé :	<input type="checkbox"/> Appel standard (30 jours) ou pour un médicament ne figurant pas sur le formulaire. (72 heures)	<input type="checkbox"/> Appel accéléré (72 heures) ou pour un médicament ne figurant pas sur le formulaire. (24 heures)
Si accéléré, cochez une case :	<input type="checkbox"/> Appel accéléré (72 heures). Le refus concerne une admission, une disponibilité de soins, un séjour continu ou un service de soins de santé pour lequel le patient a reçu des services d'urgence et reste hospitalisé. <input type="checkbox"/> Appel accéléré (72 heures). Un délai de 30 jours mettra gravement en danger la vie, la santé ou la capacité du patient à retrouver une fonction maximale, ou un retard constituera une menace imminente ou grave pour la santé du patient. <input type="checkbox"/> Exception accélérée au formulaire (24 heures). Le patient souffre d'un état de santé susceptible de compromettre gravement sa vie, sa santé ou sa capacité à retrouver une fonction maximale, ou suit un traitement en cours avec un médicament ne figurant pas sur le formulaire.	
Si accéléré, remplissez les deux :	<input type="checkbox"/> Je suis conscient que l'agent d'appel externe peut avoir besoin de me contacter pendant les jours non ouvrables pour obtenir des informations médicales, y compris des dossiers médicaux, et qu'une décision sera prise par l'agent d'appel externe dans les 72 heures (ou 24 heures pour un médicament ne figurant pas dans le formulaire) suivant la réception de cette demande d'appel accéléré, que je fournisse ou non des informations ou des dossiers médicaux à l'agent d'appel externe.	
	En dehors des jours ouvrables, je suis joignable au numéro suivant : ()	

- **Pour un appel accéléré, le médecin du patient, ou pour un médicament ne figurant pas dans le formulaire, le médecin prescripteur du patient ou un autre prescripteur, doit remplir la case ci-dessous et le point 14. Vous devez envoyer les informations à l'agent immédiatement pour qu'elles soient prises en compte.**
- Pour un **refus expérimental/investigation** (autre qu'un essai clinique ou le traitement d'une maladie rare), le médecin du patient doit remplir les points **1-10 et 14**.
- Pour un **refus d'essai clinique**, le médecin du patient doit remplir les points **1 à 9, 11 et 14**.
- Pour un **refus de service hors réseau** (le plan de santé offre un service alternatif dans le réseau qui n'est pas matériellement différent du service hors réseau), le médecin du patient doit remplir les points **1-10 et 14**.
- Pour un **refus d'orientation hors réseau** (le régime de santé ne dispose pas d'un prestataire du réseau ayant la formation et l'expérience appropriées pour répondre aux besoins de soins de santé du patient), le médecin du patient doit remplir les points **1 à 9, 13 et 14**.
- **Pour le refus d'une maladie rare**, un médecin, autre que le médecin traitant, doit remplir les rubriques **1 à 9, 12 et 14**.

1. Nom du médecin (ou du prescripteur) qui remplit ce formulaire :	
--	--

Pour faire appel d'un refus d'un service expérimental/d'investigation, d'un essai clinique, d'un service hors réseau ou d'un renvoi hors réseau, le médecin doit être autorisé à exercer et être certifié par un conseil d'administration ou admissible à un conseil d'administration et qualifié pour exercer dans le domaine de pratique approprié pour traiter le patient. Dans le cas d'un appel concernant une maladie rare, le médecin doit répondre aux exigences ci-dessus, mais il peut ne pas être le médecin traitant du patient.

2. Adresse du médecin (ou prescripteur) :	Rue:			
	Ville:	Etat:	Code postal:	
3. Personne à contacter :				
4. Numéro de téléphone :	()	télécopie:	()	
5. E-mail du médecin (ou du prescripteur) :				
6. Nom du patient :				
7. Adresse du patient :				
8. Numéro de téléphone du patient :				
9. Nom et numéro d'identification du plan de santé du patient				
<p>10. Refus expérimental/investigation ou refus de service hors réseau (Remplissez cette section uniquement pour un refus d'expérimental/investigation ou un refus de service hors réseau. NE PAS remplir cette rubrique pour un appel concernant la participation à un essai clinique, une maladie rare ou un refus d'orientation vers un service hors réseau).</p>				
a. Pour un refus expérimental/Investigation :				
En tant que médecin du patient, j'atteste que (sélectionnez une option sans la modifier) :				
OU	<input type="checkbox"/> Les services ou procédures de santé standard ont été inefficaces ou seraient médicalement inappropriés.			
	<input type="checkbox"/> Il n'existe pas de service de santé ou de procédure standard plus avantageux couvert par le régime de santé.			
ET	<input type="checkbox"/> J'ai recommandé un service de santé ou un produit pharmaceutique qui, sur la base des deux documents de preuves médicales et scientifiques décrits aux points c et d ci-dessous , est susceptible d'être plus bénéfique pour le patient que tout service de santé standard couvert.			
b. Pour un refus de service hors réseau				
<input type="checkbox"/> En tant que médecin du patient, j'atteste que le service de santé hors réseau suivant (identifier le service) :				
est sensiblement différent du service de santé alternatif recommandé par le plan de santé et (sur la base des deux documents de preuves médicales et scientifiques suivants) est susceptible d'être cliniquement plus bénéfique que le service de santé alternatif et le risque négatif du service de santé demandé ne serait probablement pas considérablement augmenté par rapport au service de santé alternatif.				
c. Énumérez les documents sur lesquels vous vous êtes appuyé et joignez une copie de ces documents :				
Titre du document numero 1 :				
Nom de la publication:		Numéro de série:		Date:
Titre du document numero 2:				
Nom de la publication:		Numéro de série:		Date:

d. Documents justificatifs		
Les preuves médicales et scientifiques énumérées ci-dessus répondent à l'un des critères suivants (Remarque : la littérature évaluée par des pairs n'inclut pas les publications ou les suppléments sponsorisés par un important mesure par une société de fabrication pharmaceutique ou un fabricant de dispositifs médicaux.)		Vérifiez les documents applicables :
<input type="checkbox"/>	La littérature médicale évaluée par des pairs, y compris la littérature relative aux thérapies examinées et approuvées par un comité d'examen institutionnel qualifié, les recueils biomédicaux et d'autres publications médicales qui répondent aux critères de la Bibliothèque nationale de médecine de l'Institut national de la santé pour l'indexation dans les bases de données Index Medicus, Excerpta Medicus, Medline et MEDLARS Recherche sur l'évaluation des technologies des services de santé	<input type="checkbox"/> Document #1 <input type="checkbox"/> Document #2
<input type="checkbox"/>	Les études scientifiques évaluées par les pairs publiées dans, ou acceptées pour publication par, des revues médicales qui répondent à des exigences reconnues au niveau national pour les manuscrits scientifiques et qui soumettent la plupart de leurs articles publiés à l'examen d'experts qui ne font pas partie de l'équipe éditoriale ;	<input type="checkbox"/> Document #1 <input type="checkbox"/> Document #2
<input type="checkbox"/>	Résumés évalués par des pairs et acceptés pour être présentés aux réunions des principales associations médicales ;	<input type="checkbox"/> Document #1 <input type="checkbox"/> Document #2
<input type="checkbox"/>	Revue médicale reconnues par le Secrétaire à la santé et aux services sociaux, en vertu de la section 1861(t)(2) de la loi fédérale sur la sécurité sociale ;	<input type="checkbox"/> Document #1 <input type="checkbox"/> Document #2
<input type="checkbox"/>	Les recueils de référence standard suivants : (i) Informations sur les médicaments de l'american Hôpital Formulary Service ; (ii) Compendium des médicaments et des produits biologiques du national comprehensive Cancer Network ; (iii) Thérapeutique dentaire acceptée de l'Association dentaire américaine ; (iv) Thomson Micromedex Drug Dex ; ou (v) Pharmacologie clinique Elsevier Gold standard's ; ou d'autres recueils identifiés par le secrétaire à la santé et aux services sociaux ou les Centres pour les services Medicare et Medicaid ; ou recommandés par un article de synthèse ou un commentaire éditorial dans une revue professionnelle importante évaluée par des pairs ;	<input type="checkbox"/> Document #1 <input type="checkbox"/> Document #2
<input type="checkbox"/>	Constatations, études ou recherches menées par ou sous les auspices d'agences gouvernementales fédérales et d'instituts de recherche fédéraux reconnus au niveau national, notamment l'Agence fédérale pour la politique et la recherche en matière de soins de santé, les Instituts nationaux de la santé, l'Institut national du cancer, l'Académie nationale des sciences, l'administration du financement des soins de santé, l'Office d'évaluation technologique du Congrès et tout conseil national reconnu par les Instituts nationaux de la santé dans le but d'évaluer la valeur médicale des services de santé.	<input type="checkbox"/> Document #1 <input type="checkbox"/> Document #2
11. Refus d'essai clinique		
<input type="checkbox"/>	Il existe un essai clinique ouvert pour lequel le patient est éligible et qui a été ou sera probablement accepté.	
<p>Bien que cela ne soit pas obligatoire, il est recommandé de joindre les protocoles d'essais cliniques et les informations connexes. L'essai clinique doit être un plan d'étude évalué par les pairs qui a été : (1) examiné et approuvé par un comité d'examen institutionnel qualifié, et (2) approuvé par l'un des Instituts nationaux de la santé (NIH), ou par un groupe ou un centre coopératif des NIH, ou par le Food and Drug Administration sous la forme d'une exemption de drogue nouvelle expérimentale, ou par le ministère fédéral des anciens combattants, ou par une entité de recherche non gouvernementale qualifiée telle qu'identifiée dans les directives publiées par les différents Instituts des NIH pour les subventions de soutien aux centres, ou par un comité d'examen institutionnel d'un établissement qui a une assurance de projets multiples approuvée par le Bureau de protection contre les risques de la recherche des NIH.</p>		

12. Refus du traitement des maladies rares

Si la prestation du service nécessite l'approbation d'un conseil d'examen institutionnel, inclure ou joindre l'approbation.

En tant que médecin, autre que le médecin traitant du patient, j'atteste que le patient souffre d'une affection ou d'une maladie rare pour laquelle il n'existe pas de traitement standard susceptible d'être cliniquement plus bénéfique pour le patient que le service demandé. Le service demandé est susceptible d'apporter un bénéfice au patient dans le traitement de sa maladie rare, et ce bénéfice l'emporte sur le risque du service.

J'ai Je n'ai pas de relation financière ou professionnelle importante avec le fournisseur du service (cochez une case).

Cochez une case :

La maladie rare du patient fait actuellement ou a déjà fait l'objet d'une étude de recherche par le National Institutes de la santé Réseau de recherche clinique sur les maladies rares.

La maladie rare du patient touche moins de 200 000 résidents américains par an.

13. Refus d'une recommandation hors réseau

En tant que médecin traitant du patient, je certifie que le(s) prestataire(s) de soins de santé du réseau recommandé(s) par le plan de santé n'a (ont) pas la formation et l'expérience appropriées pour répondre aux besoins de soins de santé particuliers du patient. Je recommande le prestataire hors réseau indiqué ci-dessous, qui a la formation et l'expérience appropriées pour répondre aux besoins particuliers du patient en matière de soins de santé et qui est en mesure de fournir le service de santé demandé.

Nom du prestataire hors réseau :

Adresse du prestataire hors réseau :

Formation et expérience du prestataire hors-réseau : (par exemple, certification du conseil d'administration, années de traitement de l'affection, nombre de procédures effectuées et résultats, toute autre information pertinente).

14. Signature du médecin (ou du prescripteur)

J'atteste que les informations ci-dessus sont vraies et correctes. Je comprends que je peux être soumis à une action disciplinaire professionnelle pour avoir fait de fausses déclarations.

Signature du médecin (ou du prescripteur) :

Date:

Nom du médecin (ou prescripteur) : (Imprimez clairement):