



CONSEILS UTILES POUR REMPLIR LA DEMANDE D'APPEL EXTERNE DE L'ÉTAT DE NEW YORK

Certaines sections de la demande d'appel externe peuvent prêter à confusion. Voir ci-dessous pour en savoir plus sur ce qui est attendu pour ces sections.

APPLICATION

- Le **numéro 11** n'est requis que si le patient a désigné quelqu'un d'autre que le prestataire pour agir en son nom.
- Le **numéro 12** indique la raison pour laquelle le plan de santé a refusé le service. Cette information se trouve sur la Décision Défavorable Finale (lettre de refus) du plan de santé.
- Pour le **numéro 13**, le Type d'Examen doit être complété si un appel accéléré est demandé. Les Appels Externes ne peuvent être accélérés que si le refus tombe dans l'une de ces catégories. Si vous avez déjà reçu les services, votre appel ne peut pas être accéléré. Vous devez également indiquer s'il s'agit d'une Exception au Formulaire Standard ou d'un Appel Externe Standard.
- Le **numéro 14** est requis si le prestataire soumet la demande en son propre nom ou au nom du patient.
- Le **numéro 15** doit être utilisé pour décrire les services demandés. Vous pouvez joindre un document séparé contenant ces informations.
- Le **numéro 17** concerne les frais qu'un plan de santé peut facturer pour l'appel externe. La décision défavorable finale indiquera si le plan de santé facture des frais.
- Le consentement du patient à la divulgation des dossiers pour l'Appel Externe de l'État de New York doit être signé par le patient ou son représentant autorisé. 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. S'il est signé par un tuteur, un mandataire de soins de santé ou un exécuteur testamentaire, une copie du document justificatif légal doit être incluse.

ATTESTATION DU MÉDECIN

- **Pour les appels concernant la nécessité médicale**, l'expérimentation/l'investigation et les appels hors réseau, la première section est requise si le médecin traitant demande un appel accéléré parce que le délai standard de 30 jours mettrait en danger la vie, la santé ou la capacité du patient à retrouver un maximum de fonction, ou le retard constituerait une menace imminente ou grave pour la santé du patient. Le médecin traitant doit également indiquer un numéro de téléphone auquel il peut être joint en dehors des heures d'ouverture. Ceci est important puisque l'agent d'appel externe doit prendre une décision dans les 72 heures suivant la réception. La décision doit

Pour des questions ou de l'aide concernant une demande, visitez www.dfs.ny.gov/ExternalAppeal, appelez le (800) 400-8882 ou envoyez un courriel à externalappealquestions@dfs.ny.gov. Pour faxer un appel accéléré, appelez le (888) 990-3991.

être rendue même en cas d'informations médicales incomplètes ou de questions restées sans réponse du fait de l'impossibilité de joindre le médecin traitant.

- **Pour les appels d'exception au formulaire**, la première section est requise si le médecin traitant ou le prescripteur demande un appel accéléré parce que le patient souffre d'un problème de santé susceptible de compromettre gravement sa vie, sa santé ou sa capacité à retrouver une fonction maximale, ou s'il subit un traitement en cours utilisant un médicament hors formulaire. Le médecin traitant ou le prescripteur doit également indiquer un numéro de téléphone où il peut être joint en dehors des heures d'ouverture. Ceci est important car l'agent d'appel externe doit prendre une décision dans les 24 heures suivant la réception. La décision doit être rendue même en cas d'informations médicales incomplètes ou de questions restées sans réponse du fait de l'impossibilité de joindre le médecin traitant/prescripteur.
 - Le **numéro 10** est requis pour les refus de services Expérimentaux/d'Investigation et Hors Réseau (lorsque le plan de santé offre un service alternatif dans le réseau qui n'est pas matériellement différent du service hors réseau).
 - Les sous-sections a, c et d sont requises lors de l'appel d'un refus expérimental/d'investigation.
 - Les sous-sections b, c et d sont requises pour les refus de service hors réseau.
 - La sous-section c. doit inclure des informations sur les preuves médicales et scientifiques (documents clinique évalués par des pairs) qui appuient le service demandé pour l'état du patient. Deux articles sont nécessaires. Cette section DOIT être remplie au complet, "Voir ci-joint" ne suffira pas. Les documents pouvant être soumis sont décrits à la sous-section d. Il n'est pas nécessaire que les deux documents appartiennent à des catégories différentes.
- Le **numéro 11** est requis pour la couverture d'un essai clinique. Veuillez noter que la loi sur les soins abordables (Affordable Care Act) exige la couverture des coûts de routine des patients associés aux essais cliniques approuvés. Cette exigence ne s'applique PAS aux régimes d'assurance-maladie bénéficiant de droits acquis.
- Le **numéro 12** est requis pour les refus d'Expérimentation/d'Investigation pour le traitement d'une maladie rare. Le médecin signataire de l'attestation de prise en charge d'une maladie rare ne peut être le médecin traitant du patient. Ils doivent divulguer toute relation avec le médecin traitant du patient et indiquer quelle définition de « maladie rare » s'applique à l'état du patient.
- Le **numéro 13** doit être rempli pour les refus de référence hors réseau (le plan de santé n'a pas de prestataire dans le réseau avec la formation et l'expérience appropriées pour répondre aux besoins de soins de santé du patient). Le nom et l'adresse du prestataire hors réseau doivent être inclus ainsi que sa formation et son expérience. Les informations fournies seront utilisées par l'examineur clinique lors de la comparaison des qualifications du ou des prestataires du réseau avec celles du prestataire hors réseau. Des informations telles que le curriculum vitae du prestataire hors réseau, la certification du conseil, le nombre d'années d'expérience dans le traitement de la condition, le nombre de fois que le prestataire hors réseau a effectué la procédure demandée et les résultats de ces procédures, et tout d'autres informations pertinentes

Pour des questions ou de l'aide concernant une demande, visitez www.dfs.ny.gov/ExternalAppeal, appelez le (800) 400-8882 ou envoyez un courriel à externalappealquestions@dfs.ny.gov. Pour faxer un appel accéléré, appelez le (888) 990-3991.

doivent être fournies. Ces informations peuvent être fournies dans une pièce jointe à la demande.

- Le **numéro 14** doit être signé par un médecin. Le médecin est défini dans la loi sur l'Éducation de l'État de New York (NYS) comme un MD ou un DO. Les attestations signées par tout autre prestataire ne seront pas acceptées. Pour les appels d'exception au formulaire, #14 peut être signé par un médecin ou un prescripteur.

Pour des questions ou de l'aide concernant une demande, visitez www.dfs.ny.gov/ExternalAppeal, appelez le (800) 400-8882 ou envoyez un courriel à externalappealquestions@dfs.ny.gov. Pour faxer un appel accéléré, appelez le (888) 990-3991.