

Les demandes de réexamen doivent être soumises dans les 30 jours suivant réception du rejet.

Veillez écrire ou imprimer clairement les informations requises. Pour un réexamen rapide, veuillez fournir des informations aussi exactes et complètes que possible.

Nom du/de la participant(e) : _____

Numéro d'identifiant du/de la participant(e) : _____

Adresse de la personne émettant la demande de réexamen (si différente) : _____

Relation avec le/la participant(e) : Parent ____ Tuteur/Tutrice ____ Représentant(e) autorisé(e) ____ (dans ce cas, joignez une preuve de cette autorisation)

Adresse de la personne émettant la demande de réexamen

Rue : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

N° de téléphone pendant la journée : () _____ Email: _____

Date du rejet : _____

Veillez indiquer les articles rejetés pour lesquels vous sollicitez un réexamen :

Veillez indiquer les raisons pour lesquelles vous estimez que ce rejet était une décision incorrecte :

En plus de ce formulaire, quels documents joignez-vous (le cas échéant) pour appuyer votre demande de réexamen ?

Fonds d'indemnisation médicale

**Demande de réexamen après rejet
d'une demande de remboursement
ou d'approbation préalable**

Le réexamen sera conduit par un conseiller-auditeur. Veuillez indiquer le type de réexamen que vous sollicitez : (Veuillez cocher UNE seule réponse.)

- Un réexamen basé sur la documentation fournie par les deux parties (vous-même et l'administrateur du fonds)
 Un réexamen sous forme d'audience conduite par téléphone, ou
 Un réexamen sous forme d'audience conduite en personne.

Si vous sollicitez une audience en personne, avez-vous besoin de certains aménagements raisonnables ?

Non : Oui : Veuillez expliquer :

Si vous sollicitez une audience, aurez-vous besoin d'un interprète, et si oui, de quelle langue ?

Non : Oui : Langue : _____

Signature

Date

En plus d'un réexamen formel par un conseiller-auditeur, vous pouvez solliciter une conférence informelle avec Alicare, l'administrateur du fonds. Dans ce cas, une conférence informelle sera organisée avant le réexamen formel.

Veuillez remplir ce formulaire et le renvoyer à Alicare. Les demandes de réexamen formel doivent être soumises dans les 30 jours suivant réception de la lettre de rejet.

Administrateur du fonds : AliCare

- E-mail : MIF@dfs.ny.gov
- Fax : 914-367-4138

Voir postale ordinaire :

NYS Medical Indemnity Fund
c/o AliCare
P.O. Box 5441
White Plains, NY 10602-5441

Livraison le lendemain ou messagerie :

NYS Medical Indemnity Fund
c/o AliCare
333 Westchester Avenue
White Plains, NY 10604

Les réglementations gouvernant le processus de réexamen du Fonds d'indemnisation médicale sont disponibles à la section 10 NYCRR §69-10.16. Vous trouverez ci-joint une copie de cette section.