New York State

Medical Indemnity Fund

Demann pou Revizyon sou Refi Reklamasyon oswa Apwobasyon Alavans

Demann pou revizyon an dwe fèt nan lespas 30 jou apre ou fin resevwa lèt refi a.

Tanpri tape oswa ekri anlèt detache enfòmasyon an klèman. Ranpli epi korije enfòmasyon an pral pèmèt yon revizyon rapid.

Non moun ki Enskri a: _____

Nimewo ID MIF moun ki Enskri a: _____

Non Moun kap fè demann revizyon an (si diferan): _____
Relasyon avèk moun ki enskri a: Paran ____ Gadyen ____ Reprezantan Otorize ____ (si wi, tanpri bay prèv otorizasyon)

Adrès moun kap fè demann pou revizyon an:
Adrès Ri: _____
Vil: _____ Eta: _____ Kòd Postal: _____
Telefòn Lajounen: ( ) _____ Imèl: _____

Dat Refi: _____

tanpri espesifye atik yo te refize yo ke wap chèche revizyon:

Tanpri dekalre rezon(yo) ki fè ou kwè ke desizyon an pat kòrèk:

Anplis de fòm sa a, ki dokiman, (si nenpòt) wap ajoute avèk demann pou revizyon sa a?

New York State

Medical Indemnity Fund

Demann pou Revizyon sou Refi Reklamasyon oswa Apwobasyon Alavans

Yon ofisye odyans pral fè revizyon an. Tanpri endike ki kalite revizyon wap mande:
(Tanpri tcheke sèlman YOUN.)

____ yon revizyon ki baze sou dokiman toulède pati yo te soumèt (oumenm avèk Administratè Fon an)
____ yon revizyon nan fòm yon odyans ki te fèt pa telefòn, oswa
____ yon revizyon nan fòm yon odyans ki te fèt an pèson.

Si ou ta renmen gen yon odyans an pèson, èske ou bezwen nenpòt akomodasyon rezonab?
Non: ____ Wi: ____ Tanpri eksplike:

Si ou vle yon odyans, èske yon entèprèt nesesè e si wi, pou ki lang?
Non: _____ Wi: ____ Lang: _____

_____ _____
Siyati Dat

Anplis de yon revizyon fòmèl pa yon ofisye odyans, ou ka mande yon konferans enfòmèl avèk Administratè Fon an, AliCare. Si yo mande, yon konferans enfòmèl pral pwograme anvan revizyon fòmèl la.

Tanpri ranpli fòm sa a epi retounen l nan AliCare. Demann ou pou yon revizyon fòmèl dwe fèt nan lespas 30 jou apre ou fin resevwa lèt refi a.

Administratè Fon an: AliCare

- **Imèl: MIF@dfs.ny.gov**
- **Faks: 914-367-4138**

Lapòs Regilye:

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

Livrezon demen oswa Kourye:

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

Wap jwenn règleman yo ki gouvènè pwosesis revizyon Fon Endamnizasyon Medikal nan 10 NYCRR § 69-10.16. Yo atache yon kopi seksyon sa.