New York State

Medical Indemnity Fund

Domanda di riesame del rifiuto di una richiesta o approvazione precedente

Le richieste di riesame devono essere presentate entro 30 giorni dalla ricezione del rifiuto.

È pregato di scrivere a macchina o in stampatello. La tempestività del riesame dipende dalla chiarezza e completezza delle informazioni fornite.

Nome dell'iscritto: _____

Numero di ID dell'iscritto al MIF: _____

Nome della persona che presenta la domanda di riesame (se diversa): _____
Rapporto con l'iscritto: Genitore ____ Tutore ____ Rappresentante autorizzato ____ (in questo caso, sia così gentile da comprovare la sua autorizzazione)

Indirizzo della persona che avanza richiesta di riesame:
Via: _____
Città: _____ Stato: _____ CAP: _____
Telefono: +_____ Email: _____

Data del rifiuto: _____

Specifichi ciò che è stato rifiutato e di cui richiede il riesame:

Indichi per quali motivi ritiene errata tale determinazione:

In aggiunta a questo modulo, quali altri documenti allega eventualmente a questa domanda di riesame?

New York State

Medical Indemnity Fund

Domanda di riesame del rifiuto di una richiesta o approvazione precedente

Il riesame verrà affidato ad un consigliere auditore. Indichi il tipo di riesame richiesto:
(spunti solo UNA risposta)

- ____ **Un riesame basato sui documenti presentati da entrambe le parti (lei e l'amministratore del Fund)**
- ____ **Una udienza valutativa condotta per telefono, oppure**
- ____ **Una udienza condotta di persona.**

Se desidera partecipare personalmente all'udienza, ha bisogno di sistemazioni ragionevoli?
No: ____ Sì: ____ Specifichi:

Se desidera un'udienza, ha bisogno di un interprete e per quale lingua?
No: _____ Sì: ____ Lingua: _____

_____ _____
Firma **Data**

Oltre ad una udienza formale di fronte ad un consigliere auditore, può richiedere una riunione informale con l'ente amministratore del Fund, AliCare. La data della conferenza informale verrà fissata prima di stabilire quella del riesame formale.

È pregato di compilare questo modulo e di rinviarlo a AliCare. La richiesta di riesame formale va avanzata entro 30 giorni dalla ricezione della lettera di rifiuto.

Ente amministratore del Fund: AliCare

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

Posta ordinaria:

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

Corriere espresso:

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

I regolamenti che disciplinano il processo di riesame del Medical Indemnity Fund sono riportati in 10 NYCRR §69-10.16. Una copia di tale sezione è presentata in allegato.