

El pedido de revisión se debe realizar dentro de los 30 días del recibo de la denegación.

Por favor escriba a máquina o en imprenta la información de manera clara. La información completa y correcta nos permitirá una rápida revisión.

Nombre del inscripto: _____

Número de identificación de inscripto del MIF: _____

Nombre de la persona que pide la revisión (si fuera diferente): _____

Relación con el inscripto: Padres ____ Tutor ____ Representante autorizado ____ (si fuere el caso, por favor proporcione prueba de autorización)

Dirección de la persona que realiza el pedido de revisión:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de día: () _____ Correo electrónico: _____

Fecha de la denegación: _____

Por favor especifique los ítems denegados para los cuales usted busca revisión:

Por favor declare las razones por las que usted cree que la determinación era incorrecta:

Además de esta formulario, ¿qué documentos (si los hubiere) incluye en este Pedido de Revisión?

La revisión será llevada a cabo por un funcionario de audiencia. Por favor indique el tipo de revisión que pide:
(Por favor marque solo UNA)

una revisión basada en documentos presentados por ambas partes (usted y el Administrador del Fondo)

una revisión en forma de una audiencia por teléfono, o

una revisión en la forma de una audiencia en persona.

Si usted quisiera una audiencia en persona, necesita acomodaciones razonables?

No: Sí: Por favor, explique:

Si usted desea una audiencia, necesita un interprete, y si es así , en qué idioma?

No: Sí : Idioma: _____

Firma

Fecha

Además de la revisión formal por un funcionario de audiencia, puede pedir un conferencia informal con el Administrador del Fondo, AliCare. Si pide una conferencia informal se programará antes de la revisión formal.

Por favor complete este formulario y devuélvalo a AliCare. Su pedido para una revisión formal se debe realizar dentro de los 30 días de haber recibido la carta de denegación.

Administrador del Fondo: AliCare

- Correo electrónico: MIF@dfs.ny.gov
- Fax: 914-367-4138

Correo regular :

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

Entrega al día siguiente o por mensajería:

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

Las regulaciones que rigen el proceso de revisión del Fondo de Indemnización Médica se pueden encontrar en 10 NYCRR § 69-10.16. Se adjunta una copia de dicha sección.