



Форма запроса на проверку обоснованности требований возмещения расходов: возмещение участнику

Запросы на проверку обоснованности требований возмещения должны быть получены Medical Indemnity Fund (Медицинским компенсационным фондом штата Нью-Йорк, NYMIF) в течение 60 дней после даты отклонения/оплаты требования.

Полное имя участника NYMIF: _____ Сегодняшняя дата ____/____/____

Идентификационный номер участника NYMIF штата Нью-Йорк _____

Полное имя лица, подающего запрос: _____

Подпись лица, подающего запрос: _____

Кем приходится участнику: _____

Адрес лица, подающего запрос:

Улица и номер дома: _____

Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Телефон: _____

Дата отклонения/оплаты требования: ____/____/____

Укажите причину проверки обоснованности требований. Отметьте «х» в одной ячейке и (или) оставьте примечание ниже, чтобы отобразить цель запроса на проверку.

	Координирование льгот. Запрашиваемая проверка предназначена для требования, которое невозможно обработать полностью, пока не получена информация от другого страховщика
	Исправление требования. Обработанное ранее требование (оплаченное или отклоненное) нуждается в исправлении (например, объем услуг, дата оказания услуг, изменение описания товара или услуги и т. д.). Укажите, какое исправление нужно сделать. Укажите, какое исправление требуется, в разделе «Примечания» ниже
	Дубликат требования. Изначальной причиной отказа было то, что требование подавалось повторно
	Ограничение подачи. Требование, которое изначально было отклонено, подано не вовремя. Укажите подтверждение того, что были предприняты попытки соблюсти временные рамки

	<p>Предварительная сертификация/уведомление или разрешение. Запрос относится к требованию, в котором первоначальная причина отказа или уровня возмещения была связана с неспособностью уведомить или получить предварительное разрешение на услуги или превышение разрешенных лимитов</p>	
	<p>Запрос дополнительной информации. Запрашиваемая проверка проводится по причине того, что требование было изначально отклонено из-за недостающей или неполной информации (например, подтверждения платежа / квитанции, недостающей/недействительной общей формы возмещения / формы возмещения расходов на поездки, доплат на фирменном бланке поставщика, подтверждения приема и т. д.)</p>	
	<p>Отказ от оплаты. Отказ от оплаты всей суммы или канала услуг (например, товар возвращен, услуга не предоставлена и т. д.)</p>	
	<p>Другое. Опишите</p>	

Примечания (заполняйте разборчиво печатными буквами)

Какие документы вы прилагаете к этой форме (если прилагаете)?

Если у вас есть вопросы относительно проверки или вы хотите узнать ее статус, звоните в Customer Service (Отдел обслуживания участников):

1-855-NYMIF33 (855-696-4333) и выберите вариант 4.

Отправьте заполненную форму по адресу NY_DOH_MIF@pcgus.com с темой: NYMIF Claim Review *или* на почтовый адрес: **MIF c/o PCG**, P.O. Box 784 Greenland, NH 03840-0784