



Department of Health

Medical Indemnity Fund

Solicitud de revisión de una denegación de autorización previa

Las solicitudes de revisión deben presentarse en un plazo de 30 días desde que se recibe la denegación.

Nombre del inscrito en NYMIF: _____ Fecha de hoy ____/____/____

Id. del inscrito en NYMIF: Estado de Nueva York _____

Nombre de la(s) persona(s) que presenta(n) la solicitud: _____

Firma de la(s) persona(s) que presenta(n) la solicitud: _____

Relación con el inscrito: _____

Dirección de la persona que solicita la revisión:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Fecha de denegación de la autorización: ____/____/____

Especifique los puntos que se han denegado y por los que solicita una revisión:

Indique las razones por las que considera que la decisión ha sido incorrecta:

Además de este formulario, ¿qué documentos (si los hay) adjunta a esta solicitud de revisión?

Un oficial de audiencias se encargará de la revisión. Indique el tipo de revisión que solicita: (Marque solo UNA opción)

- Una revisión basada en los documentos presentados por ambas partes (usted y el administrador del fondo)
- Una revisión en forma de audiencia por teléfono
- Una revisión en forma de audiencia en persona

Si prefiere una audiencia en persona, ¿necesita algún tipo de adaptación razonable?

No: Sí: Explique: _____

Si quiere una audiencia, ¿necesita un intérprete y, de ser así, para qué idioma?

No: Sí: Idioma: _____

Firma

_____/_____/_____

Fecha

Además de la revisión formal por un oficial de audiencia, puede solicitar una conferencia informal con el administrador del Fondo, Public Consulting Group. Si se solicita, se programará una conferencia informal antes de la revisión formal.

Rellene este formulario y envíelo a Public Consulting Group. Debe solicitar una revisión formal en un plazo de 30 días desde que reciba la carta de denegación.

Envíe este formulario a:

Medical Indemnity Fund c/o PCG

P.O. Box 7315 Albany, N.Y. 12224