

**Pedido de revisión de negación
de reclamo o aprobación previa**

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

Solicitud hecha en nombre de (Nombre del inscripto): _____

Número de identificación de inscripto del MIF: _____

Nombre de la persona que pide la revisión: _____

Firma de la persona que pide la revisión: _____

Relación con el inscripto: _____

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?



Pedido de revisión de negación de reclamo o aprobación previa

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, Public Consulting Group. Si pide una conferencia informal se programará antes de la revisión formal.

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

Por favor envíe este formulario a:

Medical Indemnity Fund c/o Public Consulting Group, Inc.
P.O. Box 7315
Albany, N.Y. 12224

Las fotografías y faxes de reclamos de atención médica no son aceptables y no serán procesados. 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.