



### 索赔审查申请表：会员报销

纽约州医疗赔偿基金会 (NYMIF) 必须在索赔拒绝/支付日期后 60 天内收到索赔审查申请。

NYMIF 参保人姓名：\_\_\_\_\_ 今天的日期 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NYMIF 参保人 ID: NYS \_\_\_\_\_

提交申请人员姓名：\_\_\_\_\_

提交申请人员签名：\_\_\_\_\_

与参保人的关系：\_\_\_\_\_

提出审查申请的人员地址：

街道地址：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_州：\_\_\_\_\_ 邮政编码：\_\_\_\_\_

电话：\_\_\_\_\_

索赔拒绝/支付日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

请说明索赔审查的原因。在方框中输入“x”，并/或在下方提供意见，以反映提交审查的目的。

	<b>福利协调：</b> 申请的审查是针对在收到其他保险公司的信息之前无法完全处理的索赔
	<b>更正的索赔：</b> 先前处理的索赔（已支付或被拒绝）需要更正（例如，服务单位、服务日期、项目或服务描述变更等）请具体说明要进行的更正。 请在下方的“意见”部分具体说明要进行的更正
	<b>重复索赔：</b> 最初拒绝原因是由于提交重复索赔
	<b>申报限制：</b> 最初拒绝原因是索赔申报不及时。请提供尽力满足及时申报的尽职调查证据。

