



청구 검토 요청 양식: 회원 배상

청구 검토 요청서는 청구 거부일/지급일로부터 60일 이내에 뉴욕주 의료 보장 기금(NYMIF)에 제출해야 합니다.

NYMIF 등록자 이름: _____ 오늘 날짜 ____/____/____

NYMIF 등록자 ID: 뉴욕주 _____

요청을 제출한 사람의 이름: _____

요청을 제출한 사람의 서명: _____

등록자와의 관계: _____

검토를 요청한 사람의 주소:

도로 주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

전화: _____

청구 거부일/지급일: ____/____/____

청구 검토를 요청한 사유를 기재해 주십시오. 검토 제출 목적을 반영하려면 한 상자에 'x'를 입력하거나 아래에 설명을 기재해 주십시오.

	혜택 조정: 해당 검토 요청은 다른 보험 회사에서 정보를 보내줄 때까지 완전히 처리할 수 없는 청구와 관련된 사항입니다.
	수정한 요청: 이전에 처리된 청구서(지급 또는 거부)를 수정해야 합니다(예: 서비스 단위, 서비스를 제공한 날짜, 항목 또는 서비스 설명 변경 등). 수정할 내용을 지정하십시오. 아래에 있는 '설명' 섹션에서 수정할 내용을 지정하십시오
	중복 청구: 기초에 거부된 이유는 중복으로 청구서를 제출했기 때문이었습니다.
	제출 제한: 기존에 제출한 청구가 거부된 이유는 시기가 적절하지 않았기 때문이었습니다. 적시에 제출하기 위해 실사 증거를 제공해 주십시오.

	사전 인증/통지 또는 사전 승인: 이 청구 요청이 기존에 거부된 이유는 서비스에 대한 통지하거나 사전 승인을 얻지 못했거나 승인된 한도를 초과한 상황 수준과 관련이 있습니다.
	추가 정보 요청: 이 검토 요청은 누락되거나 불완전한 정보(예: 지불 증빙자료/영수증, 누락된/유효하지 않은 일반/여행 배상 양식, 제공자 레터헤드에 기재된 본인부담금, 예약 증빙자료 등)로 인해 기존에 거부된 청구에 대한 응답입니다.
	지불 취소: 전체 지불 또는 서비스 라인의 취소 요청(예: 상품 반품, 서비스 미수행 등)
	기타: 구체적으로 명시하십시오

설명(정자체로 명확하게 기재해 주십시오)

이 양식 외에 포함할 문서(있는 경우)가 있습니까?

이 검토와 관련하여 질문이 있거나 상태를 확인하려면 다음과 같이 고객 서비스부에 문의하십시오.

1-855-NYMIF33(855-696-4333)에 전화하고 옵션 4를 선택합니다

작성된 양식을 NY_DOH_MIF@pcgus.com으로 보내주십시오. 제목은 NYMIF Claim Review이며 보내실 우편 주소는 다음과 같습니다. **MIF c/o PCG**, P.O. Box 784 Greenland, NH 03840-0784