



Formulario de solicitud de revisión de reclamos: Reembolso para miembros

NYMIF debe recibir las solicitudes de revisión de reclamos en un plazo de 60 días a partir de la fecha de denegación/pago del reclamo.

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/pago del reclamo: ____/____/____

Indique el motivo de la revisión del reclamo. Marque una 'x' en una casilla o escriba un comentario abajo para justificar el motivo de la revisión.

	Coordinación de beneficios: La revisión solicitada se refiere a un reclamo que no pudo tramitarse en su totalidad hasta que se recibió la información de otra aseguradora.
	Reclamo corregido: Se debe corregir el reclamo procesado anteriormente (pagado o rechazado) (por ejemplo, cambio de unidad de servicio, fecha de servicio, artículo o descripción de servicio, etc.). Especifique la corrección que se debe hacer. Especifique la corrección en la sección 'Comentarios' que aparece abajo
	Reclamo duplicado: El motivo original de la denegación fue la presentación de un reclamo duplicado.
	Período de presentación: El motivo original de la denegación del reclamo fue la presentación fuera de plazo. Presente pruebas que demuestren que cumplió los plazos de presentación.

