



Department of Health

Medical Indemnity Fund

### 申请针对事先授权遭拒进行审查

必须在收到拒绝后 30 天内提出审查申请

纽约州医疗赔偿基金会 (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: \_\_\_\_\_

拒绝授权日期: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

请具体说明您所请求审查的被拒绝项目:

---

---

---

---

请说明您认为裁定不正确的原因:

---

---

---

---

除本表格外，您还为此审查申请随附了哪些文件（如果有）？

---

---

---

---

审查将由听证官进行。请说明您申请的审查类型：

（请仅勾选一项）

- 根据双方（您和基金会管理人）提交的文件进行审查
- 以电话听证会的形式进行审查
- 以亲自参加听证会的形式进行审查

如果您想亲自参加听证会，您是否需要任何合理便利安排？

否：  是：  请具体说明： \_\_\_\_\_

如果您希望我们举行听证会，您是否需要口译人员？如果需要，需要哪种语言的口译人员？

否：  是：  语言： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
签名 日期

除了听证官的正式审查外，您还可以申请与 Public Consulting Group 的基金会管理人进行非正式会议。如已申请，将在正式审查之前安排一次非正式会议。

请填写此表格，然后将其返回给 Public Consulting Group。必须在收到拒绝信后 30 天内提出正式审查申请。

请将此表格寄送至：

*Medical Indemnity Fund c/o PCG*  
*P.O. Box 7315 Albany, N.Y. 12224*