NEW YORK STATE | Department of Health | Medical Indemnity Fund

Non Manm nan _____

Idantifyan MIF NYS Manm nan _____

Yo ap voye pèman an bay manm nan.
Manm nan gen responsabilite pou ranbouse founisè a.

Ou gen kesyon sou fason pou ranpli li?
Tanpri rele Sèvis Kliyantèl la:
1-855-NYMIF33 (855-696-4333) api peze Opsyon Reklamasyon an

FÒM RANBOUSMAN JENERAL - ITILIZE POU:

- Sèvis founisè, san wete kotizasyon, ko-asirans ak franchiz pou klinik
- Swen Larelèv
- Founiti

Enstriksyon

- Ajoute kantite liy ou vle (ou p ap kapab fè okenn lòt chanjman)
- Chak sèvis/atik dwe klase sou yon seri liy endividyèl
- Tout done pou demann yo dwe antre nan **tout** kolòn antèt yo.
- Ajoute **tout** resi detaye yo ki dwe gen non ak siyati founisè a ak lèt detache, adrès li, nimewo telefòn li, dat sèvis la ansanm ak montan pèman an
- Swen Larelèv: Si yo pase plis pase 1,080 èdtan pandan ane sivil la, yon otorizasyon anvan sa obligatwa
- Resi kotizasyon yo dwe ekri sou papye ki gen antèt klinik oswa famasi a
- Ou kapab itilize plis fòm si sa nesesè
- Voye fòm ki ranpli yo nan NY_DOH_MIF@pcgus.com oswa kourye nan:
  MIF c/o PCG, P.O. Box 784 Greenland, NH 03840-0784

Siyati Founisè a	**Prenon Founisè a**	**Adrès Founisè a**	**Kote yo bay sèvis la** (Sètadi Adomisil, Klinik, Magazen Detay)	**Dat Sèvis la Apati**	**Dat Sèvis la Rive**	**Deskripsyon Sèvis/Atik:** Jan sa parèt sou resi a oswa jan founisè a dekri sa	**Total Inite Sèvis/Atik** (Sètadi Jou, Èdtan, Kantite)	**Montan Total Fakti a ($)**

Mwen sètifye enfòmasyon mwen bay yo egzak epi pa gen lòt sous ki ranbouse okenn atik ak/oswa sèvis oswa ki an atant pou ranbouse yo

SIYATI _____ RELASYON AK MANM NAN _____

NON AK LÈT DETACHE _____ DAT:_____/_____/_____