NEW YORK STATE | Department of Health | Medical Indemnity Fund

등록자 이름 _____

등록자 MIF ID 번호 뉴욕주 NYS _____

지급액은 등록자에게 지급됩니다.
등록자는 제공자에게 배상할 책임이 있습니다.

이 양식을 작성하는 방법에 대한 질문이 있습니까?
다음과 같이 고객 서비스부에 문의하십시오.
1-855-NYMIF33(855-696-4333)에 전화하고 청구 옵션을 누릅니다

일반 배상 양식 - 용도:

- 사무실 본인부담금, 공동 보험 및 공제액을 포함한 제공자 서비스
- 임시 간호
- 물품

지침

- 원하는 만큼 줄을 추가합니다(다른 항목은 변경할 수 없음)
- 각 서비스/항목은 개별 행에서 구분해야 합니다
- 모든 열의 머리글마다 요청된 **모든** 데이터를 기재해야 합니다.
- 정자로 기재된 서비스 제공자의 이름 및 서명, 주소, 전화번호, 서비스를 제공한 날짜 및 지불 금액을 포함해야 하는 **모든** 항목별 영수증을 첨부합니다
- 임시 간호: 1년에 1,080시간을 초과하는 경우 사전 승인이 필요합니다.
- 본인부담금 영수증은 사무실 또는 약국 레터헤드에 있어야 합니다.
- 필요한 경우 추가 양식을 사용할 수 있습니다.
- 작성한 양식은 NY_DOH_MIF@pcgus.com로 보내거나 다음 우편 주소로 보내주십시오.
  MIF c/o PCG, P.O. Box 784 Greenland, NH 03840-0784

제공자의 성	제공자의 이름	제공자의 주소	서비스 제공 장소 (예: 집, 사무실, 소매점)	서비스 시작 날짜	서비스 종료 날짜	서비스/항목에 대한 설명: 영수증에 표시된 대로 또는 제공자가 설명한 대로 기재	서비스/항목의 총 단위(예: 일, 시간, 수량)	총 청구 금액($)

본인은 제공한 정보가 정확하고 어떤 항목 및또는 서비스도 배상되거나 다른 출처에서 배상 대기 중인 항목 및또는 서비스가 없음을 증명합니다

서명 _____ 등록자와의 관계 _____

이름(정자체) _____ 날짜: _____/_____/_____