NEW YORK STATE | Department of Health | Medical Indemnity Fund

Полное имя участника _____

Идентификационный номер участника Medical Indemnity Fund (Медицинского компенсационного фонда, MIF) штата Нью-Йорк _____

Платеж будет направлен участнику.
Участник несет ответственность за возмещение стоимости поставщику услуг.

Есть вопросы по поводу заполнения формы?
Звоните в Customer Service (Отдел обслуживания участников): 1-855-NYMIF33 (855-696-4333) и нажмите Claims Option (Варианты требований возмещения).

ОБЩАЯ ФОРМА ВОЗМЕЩЕНИЯ СТОИМОСТИ:

- услуг поставщиков, в том числе доплат, совместного страхования и франшизы;
- временного ухода;
- расходных материалов.

Инструкции

- Вы можете добавить или убрать необходимое количество строк (другие изменения недопустимы).
- Каждую услугу/товар нужно указать в отдельной строке.
- Необходимо указать запрашиваемые данные во **всех** столбцах.
- Приложите **все** квитанции с разбивкой по пунктам, в которых должны быть указаны полное имя и подпись поставщика услуг печатными буквами, адрес, телефон, дата оказания услуг и сумма оплаты.
- Временный уход. Если предоставлено более 1080 часов услуг за календарный год, требуется предварительное разрешение.
- Квитанции доплат должны быть на фирменном бланке кабинета или аптеки.
- При необходимости можно использовать дополнительные формы.
- Отправьте заполненные формы на адрес электронной почты: NY_DOH_MIF@pcgus.com или обычной почтой на адрес:
  MIF c/o PCG, P.O. Box 784 Greenland, NH 03840-0784

Фамилия поставщика услуг	**Имя поставщика услуг**	**Адрес поставщика услуг**	**Место предоставления услуг** (на дому, в кабинете, в розничном магазине)	**Дата начала получения услуги**	**Дата окончания получения услуги**	**Описание услуги/товара** (как написано на квитанции или описано поставщиком услуг)	**Общий объем услуг / ед. товара** (например, дни, часы, количество)	**Общая сумма чека (долл.)**

Я подтверждаю точность указанной информации, а также то, что стоимость ни одного товара и (или) услуги не была возмещена и соответствующего возмещения из других источников не ожидается.

ПОДПИСЬ: _____ КЕМ ПРИХОДИТСЯ УЧАСТНИКУ: _____

ПОЛНОЕ ИМЯ РАЗБОРЧИВО: _____ ДАТА: _____/_____/_____