New York State

Medical Indemnity Fund

确认书

本人_____乃纽约州医疗损害赔偿基金会（MIF）会员_____的父母/监护人/法定代表（**请在相应的称谓下划线**）。

在本确认书上签字，表示本人确认收到有关 MIF 的下列信息：

1. 有关如何访问MIF网站（www.dfs.ny.gov /mif）的信息，上面有适用于MIF的法规和其他相关信息。

2. 印刷版 MIF 法规，包括 MIF 对“可报销的医疗保健费用”的定义，说明哪些服务、项目和设备等等需要经 MIF 事先批准才予以报销，以及在拒付或者需要经 MIF 事先批准的情形下，就下列事项享有的权利：

   a. 与基金会管理人的代表举行的非正式会议，和/或
   b. 行政法法官的正式复核。

3. 个案管理流程和要求的相关信息（他/她的医疗护理相关需求所需的信息），本人在参加有 MIF 为 (Name **of Enrollee)** _____指定的个案管理人参加的定期电话个案讨论会上获得了此类信息。本人也获悉需要时可以获得口译服务、以及如何要求提供此类服务。

4. 会员有任何入院手续问题的，可以拨打 AliCare 的 24 小时电话 1-855-NYMIF33 (1-855-696-4333)。

5. 作为会员，对 MIF 的赔付有任何问题或疑虑时，可以在正常的工作时间内拨打 MIF 的免费电话 1-855-NYMIF33 (1-855-696-4333)。

日期：_____

_____

父母/法定监护人/授权代表的姓名

_____

证人签名