

请将完成的表格以及收据提交至：  
 NYS Medical Indemnity Fund  
 c/o AliCare  
 P.O. Box 5441  
 White Plains, NY 10602-5441  
 传真：(212)844-7796  
 邮箱：MIF@dfs.ny.gov

**New York Medical Indemnity Fund (纽约医疗赔偿基金会)**  
**普通报销申请表**

参与者姓名：\_\_\_\_\_

参与者编号：\_\_\_\_\_

在适用于下方所列的各项物品/服务的方格中打勾

| 服务日期 | 需报销的物品/服务 | 共付医疗费<br>(Copay)<br>免赔额<br>(Deductible)<br>共同保险<br>(Co-Insurance)<br>(可全部圈选) | 理疗 | 处方药/非处方药 | 家用医疗器械 | 护理 | 临时看护 | 其他 | 物品/服务费用 |
|------|-----------|--|----|----------|--------|----|------|----|---------|
|      |           |  |    |          |        |    |      |    | \$      |
|      |           |  |    |          |        |    |      |    | \$      |
|      |           |  |    |          |        |    |      |    | \$      |
|      |           |  |    |          |        |    |      |    | \$      |
|      |           |  |    |          |        |    |      |    | \$      |
|      |           |  |    |          |        |    |      |    | \$      |
|      |           |  |    |          |        |    |      |    | \$      |

必须附上所有支持性文件

费用总计 \$\_\_\_\_\_

我保证所提供信息是准确的，其他来源并未对这些物品进行过任何数目的报销，而且这些物品也不在其他来源的报销待定期之中。

与参与者的关系：\_\_\_\_\_

姓名（印刷体）：\_\_\_\_\_

签名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_