New York State
Medical Indemnity Fund

纽约州医疗损害赔偿基金会

事先审批申请表

代表（会员的姓名）提出的申请：_____

申请人的姓名：_____

申请人的签名：_____

申请人与会员的关系：_____

提交日期：_____

申请事先审批的项目和/或服务（*申请事先审批的服务*）：

本人在此申请纽约州医疗损害赔偿基金会审批下列项目和/或服务：

_____

_____

_____

_____

_____

申请原因：

本次申请的原因：

_____

_____

_____

_____

_____

请要求合适的医疗保健服务供应商就每一项服务和/或项目出具必要性证明，并提交此类证明。证明中必须注明他/她推荐的任何规格。

没有与本申请表一起提交必要性证明的，护理个案管理人将要求合适的医疗保健服务供应商为会员开具此类证明。

请将本表邮寄至：

New York State Medical Indemnity Fund
c/oAliCare
1005 West 9th Avenue
King of Prussia, PA 09406

New York State

Medical Indemnity Fund

ATTN: Barb Shaffer