

ACCUSÉ DE RÉCEPTION

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, confirme être (**veuillez souligner votre relation vis-à-vis du/de la participant(e)**) le parent/le tuteur/la tutrice/le représentant légal/la représentante légale de \_\_\_\_\_, qui participe au Fonds d'indemnisation médicale de l'État de New York (le « MIF »).

En signant ce formulaire, je confirme avoir reçu les informations suivantes concernant le MIF :

1. Les informations concernant l'accès au site web du MIF ([www.dfs.ny.gov/mif](http://www.dfs.ny.gov/mif)), qui incluent également le règlement du MIF et d'autres informations sur le MIF.
2. Un exemplaire imprimé du règlement du MIF, qui contient la définition des frais de santé admissibles, explique quels services, articles, équipements ou autres doivent être approuvés par le MIF comme condition préalable au paiement et m'informe de mon droit, en cas de rejet de mon dossier ou de ma demande d'approbation préalable par le MIF, à :
  - a. Une conférence informelle avec un représentant de l'administrateur du Fonds et/ou
  - b. Un examen formel par un magistrat spécialiste du droit administratif.
3. Des informations sur le processus de gestion des dossiers, y compris mon engagement à participer régulièrement à des conférences téléphoniques avec le/la responsable du MIF chargé(e) du dossier de (Nom **du/de la participant(e)**) \_\_\_\_\_, en fonction de ses besoins médicaux. J'ai également été informé(e) de la possibilité de faire appel, si besoin, à des services de traduction et de la procédure à suivre pour solliciter tels services.
4. Les instructions pour entre en contact avec AliCare au 1-855-NYMIF33 (1-855-696-4333) dans les 24 heures en cas d'hospitalisation du/de la participant(e).
5. Le numéro de téléphone gratuit du MIF que je peux composer pendant les heures de bureau habituelles pour toute question ou tout doute concernant la couverture apportée au/à la participante par le MIF. Ce numéro est le suivant : 1-855-NYMIF33 (1-855-696-4333).

Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom du Parent/du Tuteur légal/de la Tutrice légale/du Représentant ou de la Représentante légal(e)

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin