

Veillez renvoyer le formulaire dûment complété et les récépissés à l'adresse suivante :

NYS Medical Indemnity Fund
 c/o AliCare
 P.O. Box 5441
 White Plains, NY 10602-5441
 Fax : (212)844-7796
 Courriel : MIF@dfs.ny.gov

Fonds d'indemnisation médicale de New York Formulaire général de demande de remboursement

Nom du/de la participant(e) : _____ N° d'identification du/de la participant(e) : _____

Dans chaque ligne de la liste ci-dessous, cochez la case correspondant à l'article ou au service mentionné

Date du service	Article/Service à rembourser	Co-paiement Déductible Co-assurance (entourez les options valides)	Thérapie	Sur ordonnance/ en vente libre	Équipement médical durable	Soins infirmiers	Soins de relève/de répit	Autre	Coûts de l'article/du service
									\$
									\$
									\$
									\$
									\$
									\$
									\$

VOUS DEVEZ JOINDRE TOUS LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS

COÛT TOTAL \$ _____

JE CERTIFIE QUE LES INFORMATIONS FOURNIES SONT EXACTES ET QU'AUCUN DE CES ARTICLES N'A ÉTÉ REMBOURSÉ, PARTIELLEMENT OU DANS SA TOTALITÉ, PAR TOUTE AUTRE SOURCE OU EST EN ATTENTE DE REMBOURSEMENT PAR UN AUTRE SOURCE.

Relation avec le/la participant(e) : _____

Nom en caractères d'imprimerie : _____

Signature : _____

Date : _____