Fonds d'indemnisation médicale

Formulaire de demande d'approbation préalable au

Fonds d'indemnisation médicale de l'État de New York

Demande soumise au nom de (nom du/de la participant(e)) : _____
Nom de la/des personne(s) soumettant la demande : _____
Signature de la/des personne(s) émettant la demande :
_____
Relation avec le/la participant(e) : _____
Date de soumission de la demande : _____

ARTICLE ET/OU SERVICES DEMANDÉS : **(***les services que vous sollicitez)* :

Je sollicite l'approbation des articles et/ou services suivants de la part du Fonds d'indemnisation médicale de l'État de New York :

_____
_____
_____
_____
_____

MOTIFS DE LA DEMANDE :

Les motifs de ma demande sont les suivants :

_____
_____
_____
_____
_____

Veuillez fournir une lettre d'attestation pour chaque service et/ou article de la part du prestataire ayant dispensé les soins/articles concernés au/à la participant(e). Cette lettre d'attestation devra préciser toute recommandation spécifique du prestataire.

Si vous ne joignez pas de lettre d'attestation à ce formulaire, l'Infirmier/Infirmière responsable du dossier du/de la participant(e) en sollicitera une auprès du prestataire concerné.

Veuillez renvoyer ce formulaire de demande à l'adresse suivante :

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