



Medical Indemnity Fund

ACCETTAZIONE

Io sottoscritto, _____ sono (**sottolineare la designazione appropriata**) il genitore/tutore/rappresentante legale di _____, il quale è iscritto al New York State Medical Indemnity Fund ("MIF").

Firmando questo modulo, riconosco di aver ricevuto le seguenti informazioni sul MIF:

1. Indicazioni su come accedere al sito Web del MIF (www.dfs.ny.gov/mif), dove sono presentati ed esaminati i regolamenti che disciplinano il MIF ed altre informazioni sul Medical Indemnity Fund.
2. Una copia cartacea dei regolamenti MIF, contenente la definizione MIF dei "costi sanitari qualificanti" (o qualifying health care costs); la descrizione dei servizi, articoli, attrezzature, etc. che richiedono la preapprovazione del MIF quale condizione del loro pagamento e, in caso di diniego di una richiesta di risarcimento o di preapprovazione da parte del MIF, l'esposizione del mio diritto di richiedere:
 - a. Un incontro informale con un rappresentante dell'amministratore del Fund e/o
 - b. Una valutazione formale a cura di un giudice amministrativo.
3. Informazioni sul processo di case management e sul requisito di partecipare a conferenze telefonate periodiche con il case manager MIF assegnato a (nome dell'iscritto) _____, come richiesto dalle esigenze sanitarie di quest'ultimo. Sono anche stato informato della disponibilità di eventuali servizi di traduzione ed interpretariato e del modo migliore di richiedere tali servizi.
4. Istruzioni su come mettersi in contatto con AliCare, componendo il numero verde USA 1-855-NYMIF33 (1+855-696-4333) entro 24 ore dal ricovero ospedaliero dell'iscritto/iscritta.
5. Il numero verde USA del MIF, che posso comporre durante il normale orario d'ufficio per ottenere risposta ai miei quesiti o preoccupazioni in merito alla copertura degli iscritti al MIF. Tale numero è l'1-855-NYMIF33 (1-855-696-4333).

Data: _____

Genitore/tutore/rappresentante autorizzato

Firma del testimone