

Si prega di inviare il modulo completo e le ricevute a:

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

New York Medical Indemnity Fund Modulo di richiesta di rimborso generale

Nome dell'iscritto: _____

N° ID dell'iscritto: _____

Spuntare le caselle appropriate a ciascun articolo/servizio elencato

Data del servizio	Articolo/Servizio da rimborsare	Copagamento Deducibile Coassicurazione (apporre un cerchio attorno alle categorie del caso)	Terapia	Farmaco su ricetta/da banco	Attrezzature sanitarie durevoli	Servizi infermieristici	Attività di sollievo (respite care)	Altro	Costo dell'articolo/servizio
									\$
									\$
									\$
									\$
									\$
									\$
									\$

ALLEGARE TUTTI I DOCUMENTI GIUSTIFICATIVI

COSTO TOTALE \$ _____

CERTIFICO CHE LE INFORMAZIONI DI CUI SOPRA SONO ACCURATE, CHE NESSUNA DI TALI VOCI È STATA RIMBORSATA DA UN'ALTRA FONTE QUALSIASI, PER NESSUN IMPORTO, E CHE NON SONO PREVISTI RIMBORSI DA ALTRE FONTI.

Rapporto con l'iscritto: _____

Nome in stampatello: _____

Firma: _____

Data: _____