New York State
Medical Indemnity Fund

Modulo di domanda di previa approvazione da parte del

New York State Medical Indemnity Fund

Domanda presentata per conto di (nome dell'iscritto): _____
Nome della persona presentante la domanda: _____
Firma della persona presentante la domanda: _____
Rapporto con l'iscritto: _____
Data di presentazione della domanda: _____

ARTICOLI E/O SERVIZI RICHIESTI (*servizi richiesti)*

Il firmatario fa domanda di approvazione dei seguenti articoli e/o servizi da parte del New York State Medical Indemnity Fund:

_____
_____
_____
_____
_____

MOTIVAZIONE DELLA DOMANDA

I motivi di questa domanda sono i seguenti:

_____
_____
_____
_____
_____

Si prega di fornire una impegnativa per ciascun servizio e/o articolo richiesto per l'iscritto dall'appropriato sanitario. L'impegnativa deve comprendere le caratteristiche eventualmente suggerite.

Se alla presente domanda non viene allegata una impegnativa, l'infermiere case manager dell'iscritto ne richiederà una al sanitario appropriato.

Inviare questa domanda al seguente indirizzo:

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