의료보상기금

확인서

나 _____(은)는 뉴욕 주 의료보상기금("MIF")의 등록자인 _____의 (다음 중 본인의 지위에 밑줄을 그어 주십시오) 부모/보호자/법적 대표자입니다.

나는 본 양식에 서명함으로써 다음과 같은 MIF 정보를 받았음을 확인하는 바입니다.

1. MIF를 관장하는 규제 내용 및 MIF 관련 기타 정보를 확인하고 검토할 수 있는 MIF 웹 사이트(www.dfs.ny.gov /mif) 접속 방법에 관한 정보

2. "기준에 부합하는 의료비"에 대한 MIF 의 정의가 나와 있으며, 비용을 받기 위한 조건으로 MIF 의 사전 승인이 요구되는 서비스, 품목, 기기 내용 및 MIF 의 사전 승인을 위한 보상 청구 또는 요청이 거부되는 경우 내가 행사할 수 있는 다음과 같은 권리 내용이 기재되어 있는 MIF 규제 인쇄본 1 부:

   a. 기금 담당자의 대표자와 약식 회의 실시 및/또는
   b. 행정법 심판관에 의한 정식 검토.

3. 사례 관리 절차에 대한 정보, 그리고 (등록자 이름) _____, 의 의료적 필요에 따라 담당 MIF 사례관리자와의 사례 관련 전화 회의에 내가 정기적으로 참여해야 한다는 요건. 나는 또한 필요 시 통역 서비스를 이용할 수 있다는 점과 이 서비스를 요청하는 방법에 대해 안내 받았습니다.

4. 등록자가 입원 시, 입원 시점으로부터 24 시간 이내에 AliCare 에 전화 1-855-NYMIF33(1-855-696-4333)으로 연락해야 한다는 지침.

5. MIF 하에서의 등록자 보상에 대한 문의 또는 우려 사항과 관련하여 MIF 의 업무 시간 중에 연락할 수 있는 MIF 수신자 부담 무료 전화번호 1-855-NYMIF33(1-855-696-4333).

날짜: _____

_____
부모님/법적 보호자/허가 받은 대표자 이름

_____
증인 서명