Фонд помощи пострадавшим от неврологических родовых травм штата Нью-Йорк

Форма запроса на предварительное разрешение Фонда помощи пострадавшим от неврологических родовых травм штата Нью-Йорк

Ф.И.О. клиента, от лица которого подается запрос: _____
Ф.И.О. лица, подающего запрос: _____
Подпись лица, подающего запрос: _____
Статус по отношению к клиенту: _____
Дата подачи запроса: _____

ЗАПРАШИВАЕМЫЕ УСЛУГИ И/ИЛИ ТОВАРЫ (*запрашиваемые услуги*):

Прошу вашего разрешения на оплату следующих товаров и/или услуг Фондом помощи пострадавшим от неврологических родовых травм:

_____
_____
_____
_____
_____

ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ЗАПРОСА

Запрос подается на следующем основании:

_____
_____
_____
_____
_____

Приложите заявление о необходимости запрашиваемых услуг и/или товаров от соответствующих медицинских сотрудников, осуществляющих медицинское обслуживание клиента Фонда. В заявлении должны быть указаны какие-либо рекомендуемые условия.

В случае, если запрос подан без заявления о необходимости, медсестра-координатор медицинских услуг клиента запросит соответствующего медицинского сотрудника о подаче такого заявления.

Просим направить запрос по следующему адресу:

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