



Fondo de Indemnización Médica

Por favor presente el formulario completo y los recibos 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

### Fondo de Indemnización Médica de New York Formulario de reclamo general de reembolso

Nombre del inscripto: \_\_\_\_\_

Número de identificación del inscripto: \_\_\_\_\_

*Marque debajo la caja correspondiente a cada ítem o servicio*

Fecha del Servicio	Ítem/Servicio a ser reembolsado	Copago y Deducible Co-Seguro (marque el que corresponde)	Terapia	Medicamentos con o sin receta	Equipo médico durable	Enfermería	Servicios de cuidados	Otros	Costo del Ítem/Servicio
									\$
									\$
									\$
									\$
									\$
									\$
									\$
									\$

**DEBEN ADJUNTAR TODA LA DOCUMENTACIÓN PROBATORIA**

**COSTO TOTAL \$ \_\_\_\_\_**

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA ES CORRECTA Y QUE NINGUNO DE ESTOS ARTÍCULOS HAN SIDO REEMBOLSADOS POR NINGUNA OTRA FUENTE EN NINGUNA CANTIDAD, NI ESTÁN PENDIENTE DE REEMBOLSO POR PARTE DE ALGUNA OTRA FUENTE.

Relación con el inscripto: \_\_\_\_\_

Nombre en imprenta: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_