



Fondo de Indemnización Médica

Formulario para presentar pedidos de aprobación previa al Fondo de Indemnización Médica del estado de Nueva York

Pedido realizado en nombre de (nombre del inscrito): _____
Nombre de la persona que presenta el pedido: _____
Firma de la persona que presenta el pedido: _____
Relación con el inscrito: _____
Fecha de presentación del pedido: _____

ARTÍCULO Y/O SERVICIO PEDIDO: *(servicios que está pidiendo):*

Pido aprobación de los siguientes artículos y/o servicios al Fondo de Indemnización Médica de Nueva York.

RAZÓN DEL PEDIDO:

La o las razones para este pedido es/son:

Por favor proporcione una carta de necesidad de parte del proveedor pertinente de cuidado de salud del inscrito por cada servicio y/o artículo requerido. La carta de necesidad debería incluir cualquier especificación recomendada.

Si la carta de necesidad no se incluye con este pedido, la enfermera a cargo del caso del inscrito la pedirá al proveedor pertinente de cuidado de salud del inscrito.

Por favor envíe este formulario de pedido a:

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