



Department of Health

Medical Indemnity Fund

参保人姓名 _____

参保人纽约州医疗赔偿基金 (MIF) ID 编号 NYS _____

款项将发放给参保人。
参保人负责偿付提供者。

对于如何填写有疑问？
请致电客户服务部：
1-855-NYMIF33 (855-696-4333)，然后按 “Claims Option” (索赔选项)

通用报销表 - 用于：

- 提供者服务，包括诊所共付额、共同保险和免赔额
- 临时照护
- 物资费

说明

- 根据需要增/减行（不能进行其他更改）
- 每个服务/项目必须在单独的行中列出明细
- 必须包括**所有**列标题所有要求的数据。
- 附上**所有**明细收据，其中必须包括提供者的正楷姓名和签名、地址、电话号码、服务日期和已支付金额
- 临时照护：如果一个日历年提供服务的时间超过 1080 小时，则需要事先批准
- 共付额收据必须写诊所或药房抬头
- 如有必要，可使用其他表格
- 将填妥的表格发送到 NY_DOH_MIF@pcgus.com 或邮寄到以下地址：
MIF c/o PCG, P.O. Box 784 Greenland, NH 03840-0784

| 提供者的姓氏 | 提供者的名字 | 提供者地址 | 服务地点 (即家庭、诊所、 零售店) | 服务开始日期 | 服务结束日期 | 服务/项目描述： 如收据所示或提供者所述 | 服务/项目总单位 (即天、小时、 数量) | 账单总金额 (\$) |
|--------|--------|-------|--------------------------|--------|--------|-------------------------|----------------------------|------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

本人证明所提供的信息准确无误，无任何项目和/或服务已经报销或正在等待其他来源的报销

签名 _____

与参保人的关系 _____

正楷姓名 _____

日期： _____ / _____ / _____