



纽约州医疗损害赔偿基金会

事先审批申请表

代表（会员的姓名）提出的申请： _____

MIF 登记者 ID: _____

申请人的签名: _____

申请人与会员的关系: _____

提交日期: _____

申请事先审批的项目和/或服务（申请事先审批的服务）：

本人在此申请纽约州医疗损害赔偿基金会审批下列项目和/或服务：

提供者提供所需的项目和/或服务

Table with 3 columns: 名称, 地址, 电话号码. It contains 4 empty rows for data entry.

申请原因：

本次申请的原因：



Medical Indemnity Fund

请要求合适的医疗保健服务供应商就每一项服务和/或项目出具医疗必要性证明，并提交此类证明。证明中必须注明他/她推荐的任何规格。

没有与本申请表一起提交医疗必要性证明的，护理个案管理人将要求合适的医疗保健服务供应商为会员开具此类证明。

请将此申请表发送至：

Medical Indemnity Fund c/o Public Consulting Group, Inc.

P.O. Box 7315

Albany, N.Y. 12224

授权请求也可以通过传真发送到: 518-344-129, 或扫描并发送电子邮件给您的护理个案管理人

如果您通过电子邮件进行通信，则表示您同意以不安全的方式发送受保护的健康信息的全部责任



**Medical
Indemnity Fund**