

### ФОРМА ВОЗМЕЩЕНИЯ СТОИМОСТИ ПОЕЗДОК ДЛЯ УКАЗАННОЙ НИЖЕ ЦЕЛИ

- Неэкстренные перевозки и стоимость поездок, включая:
  - перевозки (стоимость авиабилетов, общественного транспорта, автомобильных услуг, например Uber/Lyft/такси);
  - проживание, питание, расходы на топливо, пошлины, парковку.

#### Инструкции

- Вы можете добавить или убрать необходимое количество строк (другие изменения недопустимы).
- Каждую услугу/товар нужно указать в отдельной строке. Необходимо указать запрашиваемые данные во всех столбцах.
- Приложите подтверждение медицинских приемов, связанных с поездкой.
- Приложите **все** квитанции с разбивкой по пунктам, в которых должны быть указаны полное имя и подпись поставщика услуг печатными буквами, адрес, телефон, дата оказания услуг и сумма оплаты.
- Информация о расходе топлива будет проверена через MapQuest.
- Требования на возмещение из других стран будут оплачиваться по курсу обмена долларов США, установленного на дату оказания услуги.
- При необходимости можно использовать дополнительные формы.
- Отправьте заполненные формы на адрес электронной почты: [NY\\_DOH\\_MIF@pcgus.com](mailto:NY_DOH_MIF@pcgus.com) или обычной почтой на адрес:  
**MIF c/o PCG, P.O. Box 784 Greenland, NH 03840-0784**

Полное имя участника \_\_\_\_\_

Идентификационный номер участника Medical Indemnity Fund (Медицинского компенсационного фонда, MIF) штата Нью-Йорк \_\_\_\_\_

*Платеж будет направлен участнику.  
 Участник несет ответственность за возмещение стоимости поставщику услуг.*

*Есть вопросы по поводу заполнения формы?  
 Звоните в Customer Service (Отдел обслуживания участников):  
 1-855-NYMIF33 (855-696-4333) и нажмите Claims Option  
 (Варианты требований возмещения).*

| Медицинский прием, связанный с поездкой | Имя и фамилия лица, путешествующего с участником | Тип перевозки (например, скорая помощь, специальный медицинский автомобиль, легковой автомобиль, фургон, поезд, самолет, такси, Uber/Lyft, общественный транспорт) | Дата поездки | Пункт отправления | Пункт прибытия | Конечный адрес | Всего ед. / миль | Общая сумма чека (долл.) |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|----------------|----------------|------------------|--------------------------|
|                                         |                                                  |                                                                                                                                                                    |              |                   |                |                |                  |                          |
|                                         |                                                  |                                                                                                                                                                    |              |                   |                |                |                  |                          |
|                                         |                                                  |                                                                                                                                                                    |              |                   |                |                |                  |                          |
|                                         |                                                  |                                                                                                                                                                    |              |                   |                |                |                  |                          |
|                                         |                                                  |                                                                                                                                                                    |              |                   |                |                |                  |                          |
|                                         |                                                  |                                                                                                                                                                    |              |                   |                |                |                  |                          |
|                                         |                                                  |                                                                                                                                                                    |              |                   |                |                |                  |                          |
|                                         |                                                  |                                                                                                                                                                    |              |                   |                |                |                  |                          |
|                                         |                                                  |                                                                                                                                                                    |              |                   |                |                |                  |                          |
|                                         |                                                  |                                                                                                                                                                    |              |                   |                |                |                  |                          |
|                                         |                                                  |                                                                                                                                                                    |              |                   |                |                |                  |                          |
|                                         |                                                  |                                                                                                                                                                    |              |                   |                |                |                  |                          |
|                                         |                                                  |                                                                                                                                                                    |              |                   |                |                |                  |                          |
|                                         |                                                  |                                                                                                                                                                    |              |                   |                |                |                  |                          |
|                                         |                                                  |                                                                                                                                                                    |              |                   |                |                |                  |                          |
|                                         |                                                  |                                                                                                                                                                    |              |                   |                |                |                  |                          |
|                                         |                                                  |                                                                                                                                                                    |              |                   |                |                |                  |                          |
|                                         |                                                  |                                                                                                                                                                    |              |                   |                |                |                  |                          |
|                                         |                                                  |                                                                                                                                                                    |              |                   |                |                |                  |                          |
|                                         |                                                  |                                                                                                                                                                    |              |                   |                |                |                  |                          |
|                                         |                                                  |                                                                                                                                                                    |              |                   |                |                |                  |                          |

**Я подтверждаю точность указанной информации, а также то, что стоимость ни одного товара и (или) услуги не была возмещена и соответствующего возмещения из других источников не ожидается.**

ПОДПИСЬ: \_\_\_\_\_

КЕМ ПРИХОДИТСЯ УЧАСТНИКУ: \_\_\_\_\_

ПОЛНОЕ ИМЯ РАЗБОРЧИВО: \_\_\_\_\_

ДАТА: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_