



Форма запроса на предварительное разрешение Фонда помощи пострадавшим от неврологических родовых травм штата Нью-Йорк

Ф.И.О. клиента, от лица которого подается запрос: _____

MIF абитуриент идентификационный номер: _____

Ф.И.О. лица, подающего запрос: _____

Подпись лица, подающего запрос: _____

Статус по отношению к клиенту: _____

Дата подачи запроса: _____

ЗАПРАШИВАЕМЫЕ УСЛУГИ И/ИЛИ ТОВАРЫ (запрашиваемые услуги):

Прошу вашего разрешения на оплату следующих товаров и/или услуг Фондом помощи пострадавшим от неврологических родовых травм:

Blank lines for listing requested services and goods.

ПОСТАВКА ПОСТАВЩИКА ПОСТАВЩИКА И / ИЛИ УСЛУГ:

Table with 3 columns: Name, Address, Phone Number. Contains 4 empty rows for provider information.

ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ЗАПРОСА

Запрос подается на следующем основании:

Blank lines for providing the basis for the request.

Приложите заявление о медицинской необходимости запрашиваемых услуг и/или товаров от соответствующих медицинских сотрудников, осуществляющих медицинское обслуживание клиента Фонда. В заявлении должны быть указаны какие-либо рекомендуемые условия.

В случае, если запрос подан без заявления о медицинской необходимости, медсестра-координатор медицинских услуг клиента запросит соответствующего медицинского сотрудника о подаче такого заявления.

Отправьте эту форму запроса:

Medical Indemnity Fund c/o Public Consulting Group, Inc.
P.O. Box 7315
Albany, N.Y. 12224

Запросы авторизации также могут быть отправлены по факсу: 518-344-1293, или отсканируйте и отправьте электронное письмо своему медсестра-координатору.

Если вы общаетесь по электронной почте, вы соглашаетесь нести полную ответственность за отправку защищенной медицинской информации незащищенными средствами.