NEW YORK STATE | **Medical Indemnity Fund**

가입자 이름 _____

가입자 MIF ID # NYS

경비 상환금은 가입자에게 지급됩니다
가입자는 제공자 비용을 상환할 책임이 있습니다

작성 방법에 대해 질문이 있으십니까?
다음 고객 서비스 전화로 전화하십시오: 1-855-NYMIF33(855-696-4333)으로 거신 후 클레임 옵션을 선택하십시오

출장 경비 처리 양식 - 사용 용도:

- **비응급 교통편 및 출장 관련 경비(호텔비, 식대, 항공료)**
- **개인 교통편(택시, 우버/리프트(Uber/Lyft) 같은 차량 서비스, 대중교통)**
- **유류대, 통행료, 주차비**

지침

필요한 대로 라인을 추가하십시오(다른 변경 금지)
모든 교통편(가입자 자가 교통편 제외) 및 교통편 관련 비용(호텔비 및 항공료 포함)은 사전 승인이 필요합니다
요청 항목에 대한 영수증과 병원 예약에 연관된 출장임을 증명하는 문서를 첨부하십시오
유류비 정산에는 Mapquest를 사용하여 계산된 거리가 적용됩니다
식대 정산은 집에서 50마일 이상 거리의 병원 예약이 해당합니다
작성된 양식은 MIF@health.ny.gov 또는 다음 주소로 우편으로 보내십시오:

MIF c/o PCG, PO Box 22008, Portsmouth, NH 03802

A	B	C	D	E	F	G	H
병원 방문 관련 출장	**가입자의 동반자 이름**	**교통편 유형 (예: 구급차, 특수 구급차(Ambulette), 승용차, 밴, 기차, 비행기, 택시, 우버/리프트(Uber/Lyft), 대중교통)**	**출장 날짜**	**출장 시작지 주소**	**목적지 주소**	**출장 종료지 주소**	**라인당 청구 총액**

본인은 제공된 정보가 정확하고, 모든 금액에 대해 어떤 다른 출처에서도 배상이 된 항목이 없으며, 다른 출처에서 배상이 보류 중인 항목도 없음을 증명합니다.

서명: _____ 가입자와의 관계: _____

환자명: _____ 날짜: _____