

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 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: ____ / ____ / ____