NEW YORK STATE | Medical Indemnity Fund

Nombre del afiliado _____

ID del afiliado del fondo NYS

Se dará el pago al afiliado

El afiliado es responsable de reembolsar al proveedor

¿Tiene preguntas sobre como llenar este formulario?

Por favor llame a servicio al cliente: 1-855-NYMIF33 (855-696-4333) y presione opción de reclamaciones

FORMULARIO DE REEMBOLSO DE VIAJE - USAR PARA:

- **Transporte no urgente y gastos relacionados de viaje (hotel, comidas, pasajes aéreos)**
- **Transporte propio, (taxis, servicios de automóviles como Uber/Lyft y transporte público)**
- **Millas recorridas, estacionamiento, cuotas de peaje**

Instrucciones

Agregue las líneas que desee (no se pueden hacer alteraciones)

Todo los gastos de transporte (salvo transporte propio del afiliado) y gastos relacionados de viaje (incluidos hotel y tarifa aérea) requieren autorización previa

Por favor adjunte los recibos desglosados por los rubros solicitados y adjunten prueba de la cita médica asociada con el viaje

Para solicitudes de reembolso de millas recorridas, las millas deben calcularse por medio de Mapquest

Se proporciona reembolso de alimentos para citas médicas a más de 50 millas de casa

Los formularios completos se deben enviar a MIF@health.ny.gov o por correo postal a:

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

A	B	C	D	E	F	G	H
Cita médica asociada con el viaje	**Nombre de las personas que viajaron con el afiliado**	**Tipos de transporte (Por ejemplo, ambulancia, camioneta de servicios especiales médicos, automóvil, camioneta, tren, avión, taxi, Uber/Lyft, transporte público)**	**Fecha de viaje**	**Punto de inicio**	**Dirección de destino**	**Dirección**	**Total facturado por línea**

POR ESTE CONDUCTO CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES CORRECTA Y QUE NINGUNO DE LOS RUBROS ESPECIFICADOS EN ESTE DOCUMENTO ME HAN SIDO REEMBOLSADOS POR PARTE DE NINGUNA FUENTE POR NINGUNA CANTIDAD, NI TENGO PENDIENTE NINGÚN REEMBOLSO DE OTRAS FUENTES.

Firma: _____ Relación al afiliado _____

Nombre impreso: _____ Fecha: _____