



**Medical
Indemnity Fund**

**Formulario para presentar pedidos de aprobación previa al
Fondo de Indemnización Médica del estado de Nueva York**

Pedido realizado en nombre de (nombre del inscrito): _____

MIF Inscrito número de identificación _____

Nombre de la persona que presenta el pedido: _____

Firma de la persona que presenta el pedido: _____

Relación con el inscrito: _____

Fecha de presentación del pedido: _____

ARTÍCULO Y/O SERVICIO PEDIDO: *(servicios que está pidiendo):*

Pido aprobación de los siguientes artículos y/o servicios al Fondo de Indemnización Médica de Nueva York.

PROVEEDOR QUE SUMINISTRA ARTÍCULO Y / O SERVICIOS SOLICITADOS:

Nombre	Dirección	número de teléfono

RAZÓN DEL PEDIDO:

La o las razones para este pedido es/son:

Por favor proporcione una carta de necesidad médica de parte del proveedor pertinente de cuidado de salud del inscrito por cada servicio y/o artículo requerido. La carta de necesidad debería incluir cualquier especificación recomendada.

Si la carta de necesidad médica no se incluye con este pedido, la enfermera a cargo del caso del inscrito la pedirá al proveedor pertinente de cuidado de salud del inscrito.

Por favor envíe este formulario de solicitud a:

Medical Indemnity Fund c/o Public Consulting Group, Inc.

P.O. Box 7315

Albany, N.Y. 12224

Las solicitudes de autorización también se pueden enviar por fax a: 518-344-1293, o escanee y envíe un correo electrónico a la enfermera a cargo del caso.

Si se comunica por correo electrónico, acepta ser totalmente responsable si envía información de salud protegida por medios no seguros