NEW YORK STATE | Department of Health | Medical Indemnity Fund

Nombre del inscrito _____

N.º de identificación MIF del inscrito Estado de Nueva York

El pago se efectuará al inscrito.
El inscrito es responsable del reembolso al proveedor:

¿Tiene preguntas sobre cómo rellenarlo?
Llame al Servicio al Cliente
1-855-NYMIF33 (855-696-4333) y pulse la Opción de Reclamo

FORMULARIO DE REEMBOLSO DE GASTOS DE VIAJE - USO PARA:

- Transporte que no sea de emergencia y gastos relacionados con viajes, incluyendo:
  - Transporte (pasaje en avión, transporte público, servicios de auto como Uber/Lyft/Taxi
  - Alojamiento, comidas, kilometraje, peajes, estacionamiento

Instrucciones

- Agregue las líneas que quiera (no se pueden hacer otras modificaciones)
- Cada servicio/artículo debe dividirse en filas individuales, se requieren los datos solicitados por cada encabezado de columna
- Adjunte pruebas de las citas médicas relacionadas con el viaje
- Adjunte **todos** los recibos detallados, que deben incluir el nombre impreso y la firma del proveedor, la dirección, el número de teléfono, las fechas de los servicios y la cantidad pagada.
- El kilometraje se verificará usando MapQuest
- Los reclamos internacionales se pagarán al tipo de cambio USD determinado para la fecha del servicio
- Se pueden usar formularios adicionales si es necesario
- Envíe los formularios completos a NY_DOH_MIF@pcgus.com o por correo a:
  MIF c/o PCG, P.O. Box 784 Greenland, NH 03840-0784

Cita médica relacionada con un viaje	Nombre de la persona o personas que viajaron con el inscrito	Tipo de transporte (p. ej., ambulancia, auto, van, tren, avión, taxi, Uber/Lyft, transporte público)	Fechas de los viajes	Punto de partida	Dirección de destino	Dirección final	Total Unidad/Millas	Cantidad total facturada ($)

Certifico que la información dada es exacta y que ningún artículo o servicio ha sido reembolsado o está pendiente de reembolso por otras fuentes

FIRMA _____ RELACIÓN CON EL INSCRITO _____

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE _____ FECHA: _____/_____/_____