



FORMULARIO GENERAL DE REEMBOLSO - USO PARA:

- Servicios de proveedores, incluyendo los copagos, coseguros y deducibles del consultorio
- Atención de relevo
- Suministros

Instrucciones

- Agregue las líneas que quiera (no se pueden hacer otras modificaciones)
- Cada servicio/artículo debe dividirse en filas individuales
- Debe incluir todos los datos solicitados en **todos** los encabezados de columna.
- 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.
- Atención de relevo: Si se prestan más de 1,080 horas en un año calendario, se requiere autorización previa
- Los recibos del copago deben llevar el membrete de la oficina o farmacia
- 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

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

Apellido del proveedor	Nombre del proveedor	Dirección del proveedor:	Lugar de servicio (P. ej., casa, oficina, tienda de retail)	Fecha de servicio desde	Fecha de servicio hasta	Descripción del servicio/artículo: Como se muestra en el recibo o como lo describe el proveedor	Unidad total de servicio/artículo (P. ej., días, horas, cantidad)	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: ____ / ____ / ____