



뉴욕 주의료보상기금에
사전 승인 요청을 제출하는 양식

(등록자 이름)를위한 요청: \_\_\_\_\_

MIF 등록자 식별 번호:

요청 제출자 이름: \_\_\_\_\_

요청 제출자 서명: \_\_\_\_\_

등록자와의 관계: \_\_\_\_\_

요청 제출일 \_\_\_\_\_

요청 품목 및/또는 서비스: (귀하께서 요청하시는 서비스):

나는 다음과 같은 품목 및/또는 서비스에 대해 뉴욕 주 의료보상기금의 승인을 요청합니다:

Four horizontal lines for providing details of the requested services.

요청 된 품목 및 / 또는 서비스를 제공하는 공급자:

Table with 3 columns: 이름, 주소, 전화 번호. It contains 4 empty rows for listing providers.

**요청 사유:**

본 요청의 사유:

---

---

---

---

등록자의 의료 제공자가 요청하는 서비스 및/또는 품목 각각의 의의학적필요성을 밝힌 의학적서신을 제공해 주십시오. 이 서신에는 해당제공자가 권장하는 모든 구체적 사항이 포함되어 있어야 합니다.

만일 요청시 제출하는 서류에 상기의학적 서신이 포함되어 있지 않은 경우에는 등록자의 사례관리 담당 간호사가 해당 의료 제공자에게 직접 의학적서신을 요청할 것입니다.

이 신청서를 다음 주소로 보내주십시오:

Medical Indemnity Fund c/o Public Consulting Group, Inc.  
P.O. Box 7315  
Albany, N.Y. 12224

승인 요청은 팩스로도 보낼 수 있습니다: 518-344-1293, 또는 사례 관리 간호사에게 스캔하여 이메일로 보내기

이메일로 통신하는 경우 보안되지 않은 방법으로 보호된 건강 정보를 보내는 경우 전적으로 책임이 있음에 동의합니다