

参保人姓名 _____

参保人纽约州医疗赔偿基金 (MIF) ID 编号 NYS _____

款项将发放给参保人。
参保人负责偿付提供者。

对于如何填写有疑问？

请致电客户服务部：

1-855-NYMIF33 (855-696-4333) 然后按 “Claims Option” (索赔选项)

差旅报销表 - 用于：

- 非紧急交通和差旅相关费用包括：
 - 交通（机票、公共交通、Uber/Lyft/出租车等汽车服务）
 - 住宿、餐饮、里程、过路费、停车费

说明

- 根据需要增/减行（不能进行其他更改）
- 每个服务/项目必须在单独的行中列出明细，需提供每个列标题所要求的数据
- 附上与差旅相关的医疗看诊证据
- 附上**所有**明细收据，其中必须包括提供者的正楷姓名和签名、地址、电话号码、服务日期和已支付金额
- 里程将使用 MapQuest 进行验证
- 国际索赔将按照服务日期确定的美元汇率支付
- 如有必要，可使用其他表格
- 将填妥的表格发送到 NY_DOH_MIF@pcgus.com 或邮寄到以下地址：
MIF c/o PCG, P.O.Box 784 Greenland, NH 03840-0784

与差旅相关的 医疗看诊	与参保人同行的人 员姓名	交通类型（即救护车、 小型救护车、汽车、货车、 列车、飞机、出租车、 Uber/Lyft 等公共交通工具）	差旅日期	出发地点	目标地址	结束地址	总单位/英里	账单总金额 (\$)

本人证明所提供的信息准确无误，无任何项目和/或服务已经报销或正在等待其他来源的报销

签名 _____

与参保人的关系 _____

正楷姓名 _____

日期: _____ / _____ / _____