|  |  |
| --- | --- |
| *Programa Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte* |       |
| *Hoja de Trabajo de la Información del Seguro* |
| ***El proveedor de servicios es responsable por la verificación de la información del seguro.*** ***La información en este formulario no es garantía de pago.*** |
| **A. Información del n i ñ o :** |  |  |  |  | *SFS%* | *Monthly Maximum Cap* | *Date Completed:* |
|       |       |       |  |  |  |
| *Nombre del* n i ñ o | *Segundo nombre/sufijo*  | *Apellido del* n i ñ o |       | $      |       |
|       |       |     |       |       | $      |       |
| *Dirección* | *Ciudad* | *Estado* | *Código Postal* |       | $      |       |
|       | *Sex*: **[ ]** Masculino**[ ]**  Femenino |       |       |
| *Fecha de Nacimiento* |  | *Teléfono de la casa* | *Otro Contacto* |
| **B.** **Información del Seguro:** |
| # de Medicaid: |       | Si Carolina ACCESS nombra el Médico de Atención Principal:       |
| Fecha de Elegibilidad: |       | Fecha de vencimiento: |       | [ ]  Principal**[ ]** Otra póliza en efecto (véase más abajo) |
| **Póliza principal:** | [ ] Individual [ ] De grupo [ ] HMO/PPO [ ]  Seguro Militar | **Póliza secundaria:** | [ ] Individual [ ] De grupo [ ] HMO/PPO [ ]  Seguro Militar |
| Nombre del seguro: |       | Nombre del seguro: |       |
| Empleador/Grupo: |       | Empleador/Grupo: |       |
| # de póliza/ # ID del asegurado: |       | # de póliza/ # ID del asegurado: |       |
|  # del ID del grupo:  |       | # del ID del Grupo: |       |
| A partir de la fecha: |       | A partir de la fecha: |       |
| Teléfono: |       | Teléfono: |       |
| Dirección para solicitar beneficios: |       | Dirección para solicitar beneficios: |       |
| Ciudad: |       | Estado:       | Código postal       | Ciudad:  |       | Estado:       | Código postal:       |
| Nombre del suscriptor: |       | Nombre del suscriptor: |       |
| Relación del Suscriptor con el Cliente: |       | FDN del Suscriptor:       | Relación del Suscriptor con el Cliente: |       | FDN del Suscriptor.:      |
| El suscriptor es el fiador: | [ ]  Sí [ ]  No | Sexo: [ ]  Masculino [ ]  Femenino | Suscriptor es el fiador: | [ ]  Sí [ ]  No | Sexo: [ ]  Masculino [ ]  Femenino |
| Dirección del Suscriptor: |       | Dirección del Suscriptor: |       |
| [ ]  Cuenta del Reembolso de Salud adjunta a la póliza principal. | [ ]  Cuenta del Reembolso de Salud adjunta a la póliza principal. |
| [ ]  Cuenta del Gasto de Salud adjunta a la póliza principal. **(¡ASEGURESE de desactivar el autogiro!)** | [ ]  Cuenta del Gasto de Salud adjunta a la póliza principal. **(¡ASEGURESE de desactivar el autogiro!)** |
| **Beneficios dentro la Red** | **Beneficios dentro de la Red** |
| **Límite tope de por Vida:** | [ ]  Sí [ ]  No | **Cantidad del límite** |  | **Límite tope de por Vida:** | [ ]  Sí [ ]  No | **Cantidad del límite** |  |
| Coseguro: |  | Copago: |  | Coseguro: |  | Copago: |  |
| Deducible: |  | Cantidad pagada: |  | Deducible: |  | Cantidad pagada: |  |
| **Beneficios FUERA de la Red** | **Beneficios FUERA de la Red** |
| **Límite tope de por Vida:** | [ ]  Sí [ ]  No | **Cantidad del límite** |  | **Límite tope de por Vida:** | [ ]  Sí [ ]  No | **Cantidad del límite** |  |
| Coseguro: |  | Copago: |  | Coseguro: |  | Copago: |  |
| Deducible: |  | Cantidad pagada: |  | Deducible: |  | Cantidad pagada: |  |
| **¿Es Necesaria la Autorización Previa para las Evaluaciones?** [ ]  Sí [ ]  No | **¿Es Necesaria la Autorización Previa para las Evaluaciones?** [ ]  Sí [ ]  No |
| ***por favor nombre los Beneficios para los Siguientes Servicios:*** | ***pOR FAVOR NOMBRE LOS Beneficios PaRA LOS Siguiente Servicios:*** |
| Evaluaciones:       | Evaluaciones:       |
| Terapia ocupacional:       | Terapia ocupacional:       |
| Terapia física:       | Terapia física:       |
| Terapia del lenguaje y habla:       | Terapia del lenguaje y habla:       |
| Otros servicios:       | Otros servicios:       |
| **¿Es Necesario la Autorización Previa para la Terapia Especial?** [ ]  Sí [ ]  No | **¿Es Necesaria la Autorización Previa para la Terapia Especial?** [ ]  Sí [ ]  No |