|  |  |
| --- | --- |
| ***ﺑرﻧﺎﻣﺞ وﻻﯾﺔ كارولينا الشمالية ﻟﻸطﻔﺎل اﻟرﺿﻊ واﻷطﻔﺎل اﻟﺻﻐﺎر*** |  |

***ورقة عمل معلومات التأمين***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***يعد مقدم الخدمة مسؤولاً عن التحقق من معلومات التأمين. المعلومات الموجودة في هذا النموذج لا تشكل ضمانًا للدفع.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **معلومات الطفل:** | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | *ITP SFS %* | | | | *الحد الأقصى الشهري* | | | | *تاريخ الانتهاء* | |
|  | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| *الاسم الأول للطفل* | | | | | | | | | *الاسم الأوسط/اللاحقة* | | | | | *اسم عائلة الطفل* | | | | | |  | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | |  | | | |  | | | |  | |
| *العنوان* | | | | | | | | | *المدينة* | | | | | | *الولاية* | | | *الرمز البريدي* | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | *الجنس:*ذكر  أنثى | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
| *تاريخ الميلاد:* | | | | | | | |  | | | | | | | *هاتف المنزل:* | | | | | | | | | *رقم هاتف آخر للتواصل:* | | | | | |
| 1. **معلومات التأمين:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **رقم Medicaid**: | | | |  | | | | | | | | | | | | إذا كنت تستخدم Carolina ACCESS، قم بإدراج طبيب الرعاية الأولية: | | | | | | | | | | | | | |
| تاريخ الأهلية: | | | |  | | | تاريخ انتهاء الصلاحية: | | | | |  | | | | | التأمين الأساسي   هل توجد وثيقة تأمين أخرى سارية المفعول (انظر أدناه)؟ | | | | | | | | | | | | |
| **وثيقة التأمين الأساسية:** | | | فردي  مجموعة  HMO/PPO  التأمين العسكري | | | | | | | | | | | | | | **وثيقة التأمين الثانوية**: | | | | | فردي  مجموعة  HMO/PPO  التأمين العسكري | | | | | | | |
| اسم شركة التأمين: | | |  | | | | | | | | | | | | | | اسم شركة التأمين: | | | | |  | | | | | | | |
| صاحب العمل/المجموعة: | | |  | | | | | | | | | | | | | | صاحب العمل/المجموعة: | | | | |  | | | | | | | |
| رقم الوثيقة/رقم تعريف التأمين رقم تعريف المجموعة: | | |  | | | | | | | | | | | | | | رقم الوثيقة/رقم تعريف التأمين رقم تعريف المجموعة: | | | | |  | | | | | | | |
| رقم تعريف المجموعة: | | |  | | | | | | | | | | | | | | رقم تعريف المجموعة: | | | | |  | | | | | | | |
| تاريخ السريان: | | |  | | | | | | | | | | | | | | تاريخ السريان: | | | | |  | | | | | | | |
| رقم هاتف المطالبات: | | |  | | | | | | | | | | | | | | رقم هاتف المطالبات: | | | | |  | | | | | | | |
| عنوان المطالبات: | | |  | | | | | | | | | | | | | | عنوان المطالبات: | | | | |  | | | | | | | |
| المدينة: |  | | | | | الولاية:       الرمز البريدي: | | | | | | | | | | | المدينة: | |  | | | | | | الولاية: | | | الرمز البريدي: | |
| اسم المشترك: | | | | |  | | | | | | | | | | | | اسم المشترك: | | | | | |  | | | | | | |
| علاقة المشترك بالعميل: | | | | |  | | | | | | تاريخ ميلاد المشترك: | | | | | | علاقة المشترك بالعميل: | | | | | |  | | | | تاريخ ميلاد المشترك: | | |
| المشترك هو الضامن: | | | | | نعم  لا | | | | | | الجنس:  ذكر  أنثى | | | | | | المشترك هو الضامن: | | | | | | نعم  لا | | | | الجنس:  ذكر  أنثى | | |
| عنوان المشترك: | | | | |  | | | | | | | | | | | | عنوان المشترك: | | | | | |  | | | | | | |
| حساب تعويض صحي (HRA) مرفق بالوثيقة الأساسية. | | | | | | | | | | | | | | | | | حساب تعويض صحي (HRA) مرفق بالوثيقة الأساسية. | | | | | | | | | | | | |
| حساب إنفاق صحي (HSA) مرفق بالوثيقة الأساسية. **(تأكد من تعطيل السحب التلقائي!)** | | | | | | | | | | | | | | | | | حساب إنفاق صحي (HSA) مرفق بالوثيقة الأساسية. **(تأكد من تعطيل السحب التلقائي!)** | | | | | | | | | | | | |
| **منافع داخل الشبكة** | | | | | | | | | | | | | | | | | **منافع داخل الشبكة** | | | | | | | | | | | | |
| **الحد الأقصى مدى الحياة:** | | نعم  لا | | | | | | | | **LT Cap Amt.** | | |  | | | | **الحد الأقصى مدى الحياة:** | | | | نعم  لا | | | | | **LT Cap Amt.** | | |  |
| التأمين المشترك: | |  | | | | | | | | المبلغ المشترك: | | |  | | | | التأمين المشترك: | | | |  | | | | |  | | |  |
| الخصم: | |  | | | | | | | | المبلغ المحقق: | | |  | | | | الخصم: | | | |  | | | | | المبلغ المحقق: | | |  |
| **منافع خارج الشبكة** | | | | | | | | | | | | | | | | | **منافع خارج الشبكة** | | | | | | | | | | | | |
| **الحد الأقصى مدى الحياة:** | | نعم  لا | | | | | | | | **LT Cap Amt.** | | |  | | | | **الحد الأقصى مدى الحياة:** | | | | نعم  لا | | | | | **LT Cap Amt.** | | |  |
| التأمين المشترك: | |  | | | | | | | | المبلغ المشترك: | | |  | | | | التأمين المشترك: | | | |  | | | | | المبلغ المشترك: | | |  |
| الخصم: | |  | | | | | | | | المبلغ المحقق: | | |  | | | | الخصم: | | | |  | | | | | المبلغ المحقق: | | |  |
| **هل يلزم الحصول على إذن مسبق للتقييمات؟**  نعم  لا | | | | | | | | | | | | | | | | | **هل يلزم الحصول على إذن مسبق للتقييمات؟**  نعم  لا | | | | | | | | | | | | |
| ***يرجى ذكر المنافع للخدمات التالية:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | ***يرجى ذكر المنافع للخدمات التالية:*** | | | | | | | | | | | | |
| التقييمات: | | | | | | | | | | | | | | | | | التقييمات: | | | | | | | | | | | | |
| العلاج المهني: | | | | | | | | | | | | | | | | | العلاج المهني: | | | | | | | | | | | | |
| العلاج الطبيعي: | | | | | | | | | | | | | | | | | العلاج الطبيعي: | | | | | | | | | | | | |
| علاج النطق: | | | | | | | | | | | | | | | | | علاج النطق: | | | | | | | | | | | | |
| خدمات أخرى: | | | | | | | | | | | | | | | | | خدمات أخرى: | | | | | | | | | | | | |
| **هل يلزم الحصول على إذن مسبق للعلاج المتخصص؟**  نعم  لا | | | | | | | | | | | | | | | | | **هل يلزم الحصول على إذن مسبق للعلاج المتخصص؟**  نعم  لا | | | | | | | | | | | | |