|  |  |
| --- | --- |
| ***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 |