|  |  |
| --- | --- |
| ***برنامه نوزادان - اطفال نوپای کارولینای شمالی*** |       |

***ورق معلوماتی بیمه***

|  |
| --- |
| ***فراهم کننده خدمات مسئول تأیید معلومات بیمه است. معلومات موجود در این فورم تضمینی برای پرداخت نیست.*** |
| 1. **معلومات طفل:**
 |  |  | *ITP SFS %* | *حد اعظمی ماهوار* | *تاریخ تکمیل نمودن* |
|       |       |       |       |       |       |
| *نام طفل* | *نام میانی/پسوند* | *تخلص طفل* |       |       |       |
|       |       |     |       |       |       |       |
| *آدرس* | *شهر* | *آيالت* | *کود پستی* |  |
|       | *جنسیت:* [ ]  مرد [ ]  زن |       |       |
| *تاریخ تولد:* |  | *تیلفون خانگی:* | *تماس دیگر تیلفونی:* |
| 1. **معلومات بیمه:**
 |
| **شماره Medicaid:** |       | اگر Carolina ACCESS دارید، معالج مراقبت‌های اولیه را ذکر کنید:       |
| تاریخ واجد شرایط بودن: |       | تاریخ انقضا: |       | **[ ]**  اولیه (اصلی)  **[ ]**  پالیسی موثر دیگر (در ذیل مشاهده کنید) |
| **پالیسی اصلی:** | [ ]  فرد [ ]  گروهی [ ]  HMO/PPO [ ]  بیمه نظامی | **پالیسی ثانوی:** | [ ]  فرد [ ]  گروهی [ ]  HMO/PPO [ ]  بیمه نظامی |
| نام بیمه: |       | نام بیمه: |       |
| کارفرما/گروه: |       | کارفرما/گروه: |       |
| شماره پالیسی/ Ins. شماره آی دی: |       | شماره پالیسی/Ins. شماره آی دی: |       |
| شماره آی دی گروه: |       | شماره آی دی گروه: |       |
| تاریخ اجرا: |       | تاریخ اجرا: |       |
| شماره تیلفون ادعاها: |       | شماره تیلفون ادعاها: |       |
| آدرس ادعاها: |       | آدرس ادعاها: |       |
| شهر: |       | ايالت:       | کود پستی:       | شهر:  |       | ايالت:       | کود پستی:       |
| نام شرکت کننده (سبسکرایبر): |       | نام شرکت کننده (سبسکرایبر): |       |
| رابطه شرکت کننده با مراجعه کننده: |       | تاریخ تولد شرکت کننده (سبسکرایبر):       | رابطه شرکت کننده با مراجعه کننده: |       | تاریخ تولد شرکت کننده (سبسکرایبر):       |
| شرکت کننده (سبسکرایبر) تضمین کننده است: | [ ]  بلی [ ]  نخیر | جنسیت: [ ]  مرد [ ]  زن | شرکت کننده (سبسکرایبر) تضمین کننده است: | [ ]  بلی [ ]  نخیر | جنسیت: [ ]  مرد [ ]  زن |
| آدرس شرکت کننده (سبسکرایبر): |       | آدرس شرکت کننده (سبسکرایبر): |       |
| [ ]  حساب بازپرداخت صحت متصل به بیمه نامه اصلی است. | [ ]  حساب بازپرداخت صحت متصل به بیمه نامه اصلی است. |
| [ ]  حساب هزینه‌های صحت متصل به حساب اصلی است. **(از غیرفعال بودن پیش‌نویس خودکار اطمینان حاصل نمائید!)** | [ ]  حساب هزینه‌های صحت متصل به حساب اصلی است. **(از غیرفعال بودن پیش‌نویس خودکار اطمینان حاصل نمائید!)** |
| **فواید در شبکه** | **فواید در شبکه** |
| **حد مادام العمر:** | [ ]  بلی [ ]  نخیر | **مقدار حد مادام العمر** |  | **حد مادام العمر:** | [ ]  بلی [ ]  نخیر | **مقدار حد مادام العمر** |  |
| بیمه مشترک: |  | پرداخت مشترک (سهم پرداخت): |  | بیمه مشترک: |  |  |  |
| قابل تفریق: |  | مقدار Met: |  | قابل تفریق: |  | مقدار Met: |  |
| **فواید خارج از شبکه** | **فواید خارج از شبکه** |
| **حد مادام العمر:** | [ ]  بلی [ ]  نخیر | **مقدار حد مادام العمر** |  | **حد مادام العمر:** | [ ]  بلی [ ]  نخیر | **مقدار حد مادام العمر** |  |
| بیمه مشترک: |  | پرداخت مشترک (سهم پرداخت): |  | بیمه مشترک: |  | پرداخت مشترک (سهم پرداخت): |  |
| قابل تفریق: |  | مقدار Met: |  | قابل تفریق: |  | مقدار Met: |  |
| **آیا برای ارزیابی ها، اجازه قبلی لازم است؟** [ ]  بلی [ ]  نخیر | **آیا برای ارزیابی ها، اجازه قبلی لازم است؟** [ ]  بلی [ ]  نخیر |
| ***لطفاً فواید خدمات ذیل را ذکر کنید:*** | ***لطفاً فواید خدمات ذیل را ذکر کنید:*** |
| ارزیابی ها:       | ارزیابی ها:       |
| تداوی توسط فعالیت ها:       | تداوی توسط فعالیت ها:       |
| تداوی فزیکی:       | تداوی فزیکی:       |
| تداوی کلام/گفتار:       | تداوی کلام/گفتار:       |
| خدمات دیگر:       | خدمات دیگر:       |
| **آیا برای تداوی تخصصی، اجازه قبلی لازم است؟**[ ]  بلی [ ]  نخیر | **آیا برای تداوی تخصصی، اجازه قبلی لازم است؟**[ ]  بلی [ ]  نخیر |