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