|  |  |
| --- | --- |
| ***노스캐롤라이나 영유아 프로그램*** |  |

***보험 정보 워크시트***

|  |
| --- |
| ***서비스 제공자는 보험 정보를 확인할 책임이 있습니다. 이 양식의 정보는 지불을 보장하지 않습니다.*** |
| 1. **자녀 정보:**
 |  |  | *ITP SFS %* | *Monthly**Maximum Cap* | *Date Completed* |
|       |       |       |       |       |       |
| *자녀의 이름* | *중간/접미사* | *자녀의 성* |       |       |       |
|       |       |     |       |       |       |       |
| *주소* | *도시* | *상태* | *우편 번호* |  |
|       | *섹스:* [ ] 남성 [ ] 여성 |       |       |
| *생일:* |  | *집 전화:* | *기타 전화 문의:* |
| 1. **보험정보 :**
 |
| **메디케이드 #** : |       | Carolina ACCESS 하는 경우 1차 진료 의사를 기재하십시오.      |
| 자격 날짜: |       | 만료 날짜: |       | **[ ]** 주요한 **[ ]** 유효한 기타 정책(아래 참조) |
| **기본 정책** : | [ ] 개별 [ ] 그룹 [ ] HMO/PPO [ ] 군인 보험 | **보조 정책** : | [ ] 개별 [ ] 그룹 [ ] HMO/PPO [ ] 군인 보험 |
| 보험 이름: |       | 보험 이름: |       |
| 고용주/그룹: |       | 고용주/그룹: |       |
| 정책#/ Ins. ID#: |       | 정책 번호/ 조항 ID#: |       |
| 그룹 ID 번호: |       | 그룹 ID 번호: |       |
| 발효일: |       | 발효일: |       |
| 청구 전화번호: |       | 청구 전화번호: |       |
| 청구 주소: |       | 청구 주소: |       |
| 도시: |       | 상태:      | 지퍼:      | 도시: |       | 상태:      | 지퍼:      |
| 구독자 이름: |       | 구독자 이름: |       |
| 클라이언트에 대한 구독자 관계: |       | 가입자 생년월일:      | 클라이언트에 대한 구독자 관계: |       | 가입자 생년월일:      |
| 가입자는 보증인입니다. | [ ] 예 [ ] 아니오 | 성별: [ ] 남성 [ ] 여성 | 가입자는 보증인입니다. | [ ] 예 [ ] 아니오 | 성별: [ ] 남성 [ ] 여성 |
| 가입자 주소: |       | 가입자 주소: |       |
| [ ] 기본 보험에 연결된 건강 상환 계정. | [ ] 기본 보험에 연결된 건강 상환 계정. |
| [ ] 기본에 연결된 건강 지출 계정. **(자동 초안 비활성화 보장!)** | [ ] 기본에 연결된 건강 지출 계정. **(자동 초안 비활성화 보장!)** |
| **네트워크 혜택** | **네트워크 혜택** |
| **평생 (LT) 한도:** | [ ] 예 [ ] 아니오 | **LT 캡 금액** |  | **평생 (LT) 한도:** | [ ] 예 [ ] 아니오 | **LT 캡 금액** |  |
| 공동 보험: |  | 코페이: |  | 공동 보험: |  |  |  |
| 공제액: |  | 금액 만난: |  | 공제액: |  | 금액 만난: |  |
| **네트워크 밖 혜택** | **네트워크 밖 혜택** |
| **평생 한도:** | [ ] 예 [ ] 아니오 | **LT 캡 금액** |  | **평생 한도:** | [ ] 예 [ ] 아니오 | **LT 캡 금액** |  |
| 공동 보험: |  | 코페이: |  | 공동 보험: |  | 코페이: |  |
| 공제액: |  | 금액 만난: |  | 공제액: |  | 금액 만난: |  |
| **평가를 위해 사전 승인이 필요합니까?**  [ ] 예 [ ] 아니오 | **평가를 위해 사전 승인이 필요합니까?**  [ ] 예 [ ] 아니오 |
| ***다음 서비스의 이점을 나열하십시오.*** | ***다음 서비스의 이점을 나열하십시오.*** |
| 평가:      | 평가:      |
| 작업 요법:      | 작업 요법:      |
| 물리 치료:      | 물리 치료:      |
| 대화 요법:      | 대화 요법:      |
| 기타 서비스:      | 기타 서비스:      |
| **전문 치료를 받으려면 사전 승인이 필요합니까?** [ ] 예 [ ] 아니오 | **전문 치료를 받으려면 사전 승인이 필요합니까?** [ ] 예 [ ] 아니오 |