|  |  |
| --- | --- |
| ***Программа штата Северная Каролина для младенцев и***  |  |

***детей ясельного возраста***

***Лист о страховой информации***

|  |
| --- |
| **Поставщик услуг несет ответственность за проверку информации о страховании. Информация в этой форме не является гарантией оплаты.** |
| 1. **Информация о ребенке:**
 |  |  | *ITP SFS %* | *Monthly**Maximum Cap* | *Date Completed* |
|       |      |       |       |       |       |
| *Имя ребенка* | Другие имена | *Фамилия ребенка* |       |       |       |
|       |       |     |       |       |       |       |
| *Адрес* | *Город:* | *государство* | *Почтовый индекс* |  |
|       | Пол*:* [ ]  Мужской [ ]  Женский |       |       |
| *Дата рождения:* |  | *Домашний телефон:* | *Другой телефонный контакт:* |
| 1. **Информация о страховании:**
 |
| **Страховой №:** |       | Если Carolina ACCESS, укажите основного лечащего врача:       |
| Дата получения права: |       | Дата окончания срока: |       | **[ ]** Основной **[ ]** Другой действующий полис (см. ниже) |
| **Основной полис:** | [ ]  Лицо [ ]  Группа [ ]  HMO/PPO [ ]  Военная страховка | **Вторичный полис**: | [ ]  Лицо [ ]  Группа [ ]  HMO/PPO [ ]  Военная страховка |
| Название страховки: |       | Название страховки: |       |
| Работодатель/Группа: |       | Работодатель/Группа: |       |
| Идентификационный номер страхового полиса: |       | Идентификационный номер страхового полиса: |       |
| Идентификатор группы №: |       | Идентификатор группы №: |       |
| Дата вступления в силу: |       | Дата вступления в силу: |       |
| номер телефона для предоставления претензий |       | номер телефона для предоставления претензий |       |
| Адрес для предоставления претензий: |       | Адрес для предоставления претензий: |       |
| Город: |       | Штат:    | Почтовый индекс:       | Город:  |       | Штат:    | Почтовый индекс:       |
| Имя заявителя: |       | Имя заявителя: |       |
| Отношение к клиенту: |       | Дата рождения заявителя:       | Отношение к клиенту: |       | Дата рождения заявителя:       |
| Заявитель является Гарантом: | [ ]  Да [ ]  Нет | Пол: [ ]  Мужской [ ]  Женский | Заявитель является Гарантом: | [ ]  Да [ ]  Нет | Пол: [ ]  Мужской [ ]  Женский |
| Адрес заявителя: |       | Адрес заявителя: |       |
| [ ]  Счет возмещения расходов на здравоохранение, прикрепленный к основному полису. | [ ]  Счет возмещения расходов на здравоохранение, прикрепленный к основному полису. |
| [ ]  Счет расходов на здравоохранение привязан к основному счету. (УБЕДИТЕСЬ, что автоматический черновик отключен!) | [ ]  Счет расходов на здравоохранение привязан к основному счету. (УБЕДИТЕСЬ, что автоматический черновик отключен!) |
| **В сетевых преимуществах** | **В сетевых преимуществах** |
| **Пожизненный лимит (LT):** | [ ]  Да [ ]  Нет | **LT максимальная сумма.** |  | **Пожизненный лимит (LT):** | [ ]  Да [ ]  Нет | **LT максимальная сумма.** |  |
| Сострахование: |  | Доплата: |  | Сострахование: |  |  |  |
| вычитаемое |  | Amt. Met: |  | вычитаемое: |  | Amt. Met: |  |
| **ВНЕ СЕТЕВЫХ ПРЕИМУЩЕСТВ** | **ВНЕ СЕТЕВЫХ ПРЕИМУЩЕСТВ** |
| **Пожизненный лимит (LT)** | [ ]  Да [ ]  Нет | **LT максимальная сумма.** |  | **Пожизненный лимит (LT)** | [ ]  Да [ ]  Нет | **LT максимальная сумма.** |  |
| Сострахование: |  | Доплата: |  | Сострахование: |  | Доплата: |  |
| вычитаемое |  | Пожизненная максимальная сумма: |  | вычитаемое |  | Пожизненная максимальная сумма: |  |
| Требуется ли предварительное разрешение для оценки? [ ]  Да [ ]  Нет | Требуется ли предварительное разрешение для оценки? [ ]  Да [ ]  Нет |
| ***ПОЖАЛУЙСТА, ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ДЛЯ СЛЕДУЮЩИХ УСЛУГ:*** | ***ПОЖАЛУЙСТА, ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ДЛЯ СЛЕДУЮЩИХ УСЛУГ:*** |
| оценки:       | оценки:       |
| Трудотерапия:       | Трудотерапия:       |
| Физиотерапия:       | Физиотерапия:       |
| Логопедия:       | Логопедия:       |
| Другие услуги:       | Другие услуги:       |
| **Требуется ли предварительное разрешение для специализированной терапии?** [ ]  Да [ ]  Нет | **Требуется ли предварительное разрешение для специализированной терапии?** [ ]  Да [ ]  Нет |