|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Programa Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| *Hoja de Trabajo de la Información del Seguro* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***El proveedor de servicios es responsable por la verificación de la información del seguro.***  ***La información en este formulario no es garantía de pago.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A. Información del n i ñ o :** | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | | *SFS%* | | | | *Monthly Maximum Cap* | | *Date Completed:* |
|  | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  |
| *Nombre del* n i ñ o | | | | | | | | | | | *Segundo nombre/sufijo* | | | *Apellido del* n i ñ o | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | $ | |  |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | | |  | | | | $ | |  |
| *Dirección* | | | | | | | | | | | *Ciudad* | | | | | | | | *Estado* | | *Código Postal* | | | | | | | |  | | | | $ | |  |
|  | | | | | | | *Sex*: Masculino Femenino | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| *Fecha de Nacimiento* | | | | | | |  | | | | | | | | | | *Teléfono de la casa* | | | | | | | | | | *Otro Contacto* | | | | | | | | |
| **B.** **Información del Seguro:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| # de Medicaid: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | Si Carolina ACCESS nombra el Médico de Atención Principal: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de Elegibilidad: | | |  | | | | | | | Fecha de vencimiento: | | | | | |  | | | | | | | | PrincipalOtra póliza en efecto (véase más abajo) | | | | | | | | | | | |
| **Póliza principal:** | | | | | Individual De grupo HMO/PPO  Seguro Militar | | | | | | | | | | | | | | | **Póliza secundaria:** | | | | | | | Individual De grupo HMO/PPO  Seguro Militar | | | | | | | | |
| Nombre del seguro: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Nombre del seguro: | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Empleador/Grupo: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Empleador/Grupo: | | | | | | |  | | | | | | | | |
| # de póliza/ # ID del asegurado: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | # de póliza/ # ID del asegurado: | | | | | | | | | |  | | | | | |
| # del ID del grupo: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | # del ID del Grupo: | | | | | | |  | | | | | | | | |
| A partir de la fecha: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | A partir de la fecha: | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Teléfono: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Teléfono: | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Dirección para solicitar beneficios: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Dirección para solicitar beneficios: | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Ciudad: |  | | | | | | | | Estado: | | | | Código postal | | | | | | | Ciudad: | |  | | | | | | | | | Estado: | | | Código postal: | |
| Nombre del suscriptor: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | Nombre del suscriptor: | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Relación del Suscriptor con el Cliente: | | | | | |  | | | | | | FDN del Suscriptor: | | | | | | | | Relación del Suscriptor con el Cliente: | | | | | | | |  | | | | | FDN del Suscriptor.: | | |
| El suscriptor es el fiador: | | | | | | Sí  No | | | | | | Sexo:  Masculino  Femenino | | | | | | | | Suscriptor es el fiador: | | | | | | | | Sí  No | | | | | Sexo:  Masculino  Femenino | | |
| Dirección del Suscriptor: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | Dirección del Suscriptor: | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Cuenta del Reembolso de Salud adjunta a la póliza principal. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Cuenta del Reembolso de Salud adjunta a la póliza principal. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuenta del Gasto de Salud adjunta a la póliza principal. **(¡ASEGURESE de desactivar el autogiro!)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Cuenta del Gasto de Salud adjunta a la póliza principal. **(¡ASEGURESE de desactivar el autogiro!)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Beneficios dentro la Red** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Beneficios dentro de la Red** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Límite tope de por Vida:** | | Sí  No | | | | | | | **Cantidad del límite** | | | | | |  | | | | | **Límite tope de por Vida:** | | | | | | Sí  No | | | | | | **Cantidad del límite** | | |  |
| Coseguro: | |  | | | | | | | Copago: | | | | | |  | | | | | Coseguro: | | | | | |  | | | | | | Copago: | | |  |
| Deducible: | |  | | | | | | | Cantidad pagada: | | | | | |  | | | | | Deducible: | | | | | |  | | | | | | Cantidad pagada: | | |  |
| **Beneficios FUERA de la Red** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Beneficios FUERA de la Red** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Límite tope de por Vida:** | | Sí  No | | | | | | | **Cantidad del límite** | | | | | |  | | | | | **Límite tope de por Vida:** | | | | | | Sí  No | | | | | | **Cantidad del límite** | | |  |
| Coseguro: | |  | | | | | | | Copago: | | | | | |  | | | | | Coseguro: | | | | | |  | | | | | | Copago: | | |  |
| Deducible: | |  | | | | | | | Cantidad pagada: | | | | | |  | | | | | Deducible: | | | | | |  | | | | | | Cantidad pagada: | | |  |
| **¿Es Necesaria la Autorización Previa para las Evaluaciones?**  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **¿Es Necesaria la Autorización Previa para las Evaluaciones?**  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***por favor nombre los Beneficios para los Siguientes Servicios:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ***pOR FAVOR NOMBRE LOS Beneficios PaRA LOS Siguiente Servicios:*** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evaluaciones: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Evaluaciones: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Terapia ocupacional: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Terapia ocupacional: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Terapia física: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Terapia física: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Terapia del lenguaje y habla: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Terapia del lenguaje y habla: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otros servicios: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Otros servicios: | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Es Necesario la Autorización Previa para la Terapia Especial?**  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **¿Es Necesaria la Autorización Previa para la Terapia Especial?**  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | | |