|  |  |
| --- | --- |
| ***برنامج رعاية الرضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية*** |  |

***ورقة عمل معلومات التأمين***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***يعد مقدم الخدمة مسؤولاً عن التحقق من معلومات التأمين. المعلومات الموجودة في هذا النموذج لا تشكل ضمانًا للدفع.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **معلومات الطفل:** | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | *نسبة مقياس الرسوم المتدرجة لبرنامج الأطفال الرضع والأطفال الصغار* | | | | | | *الحد الأقصى الشهري* | | | | *تاريخ الانتهاء* | |
|  | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |
| *الاسم الأول للطفل* | | | | | | | | | *الاسم الأوسط/اللاحقة* | | | | *اسم عائلة الطفل* | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | |
| *العنوان* | | | | | | | | | *المدينة* | | | | | | | *الولاية* | | | *الرمز البريدي* | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | *الجنس:*  ذكر أنثى | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| *تاريخ الميلاد:* | | | | | | |  | | | | | | | | | *الهاتف المنزلي:* | | | | | | | | | | | *رقم الهاتف للاتصال الآخر:* | | | | | |
| 1. **معلومات التأمين:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **رقم Medicaid**: | | | |  | | | | | | | | | | | | | إذا كنت تستخدم Carolina ACCESS، فقم بإدراج طبيب الرعاية الأولية: | | | | | | | | | | | | | | | |
| تاريخ الأهلية: | | | |  | | | | تاريخ انتهاء الصلاحية: | | | | | | |  | | | | | | | أساسي  سياسة أخرى سارية المفعول (انظر أدناه) | | | | | | | | | | |
| **السياسة الأساسية**: | | | فردي  مجموعة  منظمة إدارة الرعاية الصحية/منظمة الرعاية المفضلة  التأمين العسكري | | | | | | | | | | | | | | | **السياسة الثانوية**: | | | | | | فردي  مجموعة  منظمة إدارة الرعاية الصحية/منظمة الرعاية المفضلة  التأمين العسكري | | | | | | | | |
| اسم التأمين: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | اسم التأمين: | | | | | |  | | | | | | | | |
| صاحب العمل/المجموعة: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | صاحب العمل/المجموعة: | | | | | |  | | | | | | | | |
| رقم السياسة/التأمين رقم بطاقة التعريف: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | رقم السياسة/التأمين رقم بطاقة التعريف: | | | | | |  | | | | | | | | |
| رقم بطاقة تعريف المجموعة: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | رقم بطاقة تعريف المجموعة: | | | | | |  | | | | | | | | |
| تاريخ النفاذ: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | تاريخ النفاذ: | | | | | |  | | | | | | | | |
| رقم هاتف المطالبات: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | رقم هاتف المطالبات: | | | | | |  | | | | | | | | |
| عنوان المطالبات: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | عنوان المطالبات: | | | | | |  | | | | | | | | |
| المدينة: |  | | | | | الولاية: | | | | | الرمز البريدي: | | | | | | | المدينة: | |  | | | | | | الولاية: | | | | الرمز البريدي: | | |
| اسم المشترك: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | اسم المشترك: | | | | | | |  | | | | | | | |
| صلة المشترك بالعميل: | | | | |  | | | | | تاريخ ميلاد المشترك: | | | | | | | | صلة المشترك بالعميل: | | | | | | |  | | | | تاريخ ميلاد المشترك: | | | |
| المشترك هو الضامن: | | | | | نعم  لا | | | | | الجنس:  ذكر  أنثى | | | | | | | | المشترك هو الضامن: | | | | | | | نعم  لا | | | | الجنس:  ذكر  أنثى | | | |
| عنوان المشترك: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | عنوان المشترك: | | | | | | |  | | | | | | | |
| حساب السداد الصحي المرتبط بالسياسة الأساسية. | | | | | | | | | | | | | | | | | | حساب السداد الصحي المرتبط بالسياسة الأساسية. | | | | | | | | | | | | | | |
| حساب الإنفاق الصحي المرتبط بالأساسي. **(تأكد من تعطيل المسودة التلقائية!)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | حساب الإنفاق الصحي المرتبط بالأساسي. **(تأكد من تعطيل المسودة التلقائية!)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **فوائد الشبكة** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **فوائد الشبكة** | | | | | | | | | | | | | | |
| **الحد الأقصى لمدى الحياة:** | | نعم  لا | | | | | | | **الحد الأقصى لمبالغ مدى الحياة** | | | | |  | | | | **الحد الأقصى لمدى الحياة:** | | | | | نعم  لا | | | | | **الحد الأقصى لمبالغ مدى الحياة** | | | |  |
| التأمين المشترك: | |  | | | | | | | الدفع المشترك: | | | | |  | | | | التأمين المشترك: | | | | |  | | | | |  | | | |  |
| الخصم: | |  | | | | | | | المبلغ الذي تم دفعه: | | | | |  | | | | الخصم: | | | | |  | | | | | المبلغ الذي تم دفعه: | | | |  |
| **إعانات خارج الشبكة** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **إعانات خارج الشبكة** | | | | | | | | | | | | | | |
| **الحد الأقصى لمدى الحياة:** | | نعم  لا | | | | | | | **الحد الأقصى لمبالغ مدى الحياة** | | | | |  | | | | **الحد الأقصى لمدى الحياة:** | | | | | نعم  لا | | | | | **الحد الأقصى لمبالغ مدى الحياة** | | | |  |
| التأمين المشترك: | |  | | | | | | | الدفع المشترك: | | | | |  | | | | التأمين المشترك: | | | | |  | | | | | الدفع المشترك: | | | |  |
| الخصم: | |  | | | | | | | المبلغ الذي تم دفعه: | | | | |  | | | | الخصم: | | | | |  | | | | | المبلغ الذي تم دفعه: | | | |  |
| **هل هناك حاجة للحصول على موافقة مسبقة لإجراء التقييمات؟**  نعم  لا | | | | | | | | | | | | | | | | | | **هل هناك حاجة للحصول على موافقة مسبقة لإجراء التقييمات؟**  نعم  لا | | | | | | | | | | | | | | |
| ***يرجى إدراج الإعانات للخدمات التالية:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | ***يرجى إدراج الإعانات للخدمات التالية:*** | | | | | | | | | | | | | | |
| التقييمات: | | | | | | | | | | | | | | | | | | التقييمات: | | | | | | | | | | | | | | |
| العلاج المهني: | | | | | | | | | | | | | | | | | | العلاج المهني: | | | | | | | | | | | | | | |
| العلاج الطبيعي: | | | | | | | | | | | | | | | | | | العلاج الطبيعي: | | | | | | | | | | | | | | |
| علاج النطق: | | | | | | | | | | | | | | | | | | علاج النطق: | | | | | | | | | | | | | | |
| خدمات أخرى: | | | | | | | | | | | | | | | | | | خدمات أخرى: | | | | | | | | | | | | | | |
| **هل يتطلب العلاج المتخصص الحصول على موافقة مسبقة؟**  نعم  لا | | | | | | | | | | | | | | | | | | **هل يتطلب العلاج المتخصص الحصول على موافقة مسبقة؟**  نعم  لا | | | | | | | | | | | | | | |