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