|  |  |
| --- | --- |
| ***北卡罗来纳州婴幼儿计划*** |       |

***保险信息表***

|  |
| --- |
| ***服务提供方负责保险信息的核实。本表所含信息并不能保证支付保险金。*** |
| 1. **儿童信息：**
 |  |  | *ITP SFS %* | *Monthly**Maximum Cap* | *Date Completed* |
|       |     |       |       |       |       |
| *孩子的名字* | *中名/后缀* | *孩子的姓氏* |       |       |       |
|       |       |    |     |       |       |       |
| *地址* | *市* | *州* | *邮编* |  |
|       | *性别：* [ ]  男 [ ]  女 |       |       |
| *出生日期：* |  | *家庭电话：* | *其他电话联系人：* |
| 1. **保险信息：**
 |
| **Medicaid 编号**： |       | 如果是 Carolina ACCESS，请列出初诊医师：      |
| 合格日期： |    | 到期日期： |       | **[ ]** 主保单 **[ ]** 其他有效保单（见下文） |
| **主保单：** | [ ] 个人 [ ]  团体 [ ]  HMO/PPO [ ]  军人保险 | **次保单：** | [ ] 个人 [ ]  团体 [ ]  HMO/PPO [ ]  军人保险 |
| 保险名称： |       | 保险名称： |       |
| 雇主/团体： |       | 雇主/团体： |       |
| 保单号/保险号： |       | 保单号/保险号： |       |
| 团体编号： |       | 团体编号： |       |
| 生效日期： |       | 生效日期： |       |
| 索赔电话号码： |       | 索赔电话号码： |       |
| 索赔地址： |       | 索赔地址： |       |
| 城市： |       | 州：      | 邮编：      | 城市：  |       | 州：      | 邮编：      |
| 投保人姓名： |       | 投保人姓名： |       |
| 投保人与被保人的关系： |       | 投保人出生日期：      | 投保人与被保人的关系： |       | 投保人出生日期：      |
| 投保人是担保人： | [ ] 是 [ ]  否 | 性别：[ ]  男 [ ]  女 | 投保人是担保人： | [ ] 是 [ ]  否 | 性别：[ ]  男 [ ]  女 |
| 投保人地址： |       | 投保人地址： |       |
| [ ]  主保单所附医疗报销账户。 | [ ]  主保单所附医疗报销账户。 |
| [ ]  主保单所附医疗开支账户。**（请务必禁用自动草稿功能！）** | [ ]  主保单所附医疗开支账户。**（请务必禁用自动草稿功能！）** |
| **网内保额** | **网内保额** |
| **终身 (LT) 上限：** | [ ] 是 [ ]  否 | **LT 保额上限** |  | **终身 (LT) 上限：** | [ ] 是 [ ]  否 | **LT 保额上限** |  |
| 共同保险： |  | 共同支付： |  | 共同保险： |  |  |  |
| 免赔额： |  | 达到金额： |  | 免赔额： |  | 达到金额： |  |
| **网外保额** | **网外保额** |
| **终身上限：** | [ ] 是 [ ]  否 | **LT 保额上限** |  | **终身上限：** | [ ] 是 [ ]  否 | **LT 保额上限** |  |
| 共同保险： |  | 共同支付： |  | 共同保险： |  | 共同支付： |  |
| 免赔额： |  | 达到金额： |  | 免赔额： |  | 达到金额： |  |
| **评估是否需要事先授权？** [ ]  是 [ ]  否 | **评估是否需要事先授权？** [ ]  是 [ ]  否 |
| ***请列出以下服务的保额：*** | ***请列出以下服务的保额：*** |
| 评估：      | 评估：      |
| 职业治疗：      | 职业治疗：      |
| 物理治疗：      | 物理治疗：      |
| 言语治疗：      | 言语治疗：      |
| 其他服务：      | 其他服务：      |
| **专业治疗是否需要事先授权？**[ ]  是 [ ]  否 | **专业治疗是否需要事先授权？**[ ]  是 [ ]  否 |