|  |  |
| --- | --- |
| *Programme pour nourrissons et enfants en bas âge de Caroline du Nord  Fiche d’information sur l’assurance* |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Le prestataire de services est responsable de la vérification des informations relatives à l’assurance.  Les informations contenues dans ce formulaire ne constituent pas une garantie de paiement.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Informations sur l’enfant :** | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | *% SFS ITP* | | | | *Plafond mensuel maximum* | | | | *Date d’achèvement* | |
|  | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| *Prénom de l’enfant* | | | | | | | | | *2e prénom/ Suffixe* | | *Nom de famille de l’enfant* | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | |
| *Adresse* | | | | | | | | | *Ville* | | | | | *État* | | | *Code postal* | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | *Sexe :* masculin  féminin | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |
| *Date de naissance* : | | | | |  | | | | | | | | | *Téléphone domicile :* | | | | | | | | | | *Autre contact téléphonique :* | | | | | |
| 1. **Informations sur l’assurance :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Numéro Medicaid**: | | | |  | | | | | | | | | | | Si Carolina ACCESS, indiquez le nom du médecin traitant : | | | | | | | | | | | | | | |
| Date d’éligibilité : | | | |  | | Date d’expiration : | | | | | |  | | | | | | | Police principale  Autre police en vigueur (voir ci-dessous) | | | | | | | | | | |
| **Police principale**: | | Individuelle  Groupe  HMO/PPO  Assurance militaire | | | | | | | | | | | | | | **Police secondaire**: | | | | | | | Individuelle  Groupe  HMO/PPO  Assurance militaire | | | | | | |
| Nom de l’assurance : | |  | | | | | | | | | | | | | | Nom de l’assurance : | | | | | | |  | | | | | | |
| Employeur/Groupe : | |  | | | | | | | | | | | | | | Employeur/Groupe : | | | | | | |  | | | | | | |
| N° de police/ass. ID : | |  | | | | | | | | | | | | | | N° de police/ass. ID : | | | | | | |  | | | | | | |
| ID du groupe : | |  | | | | | | | | | | | | | | ID du groupe : | | | | | | |  | | | | | | |
| Date d’entrée en vigueur : | |  | | | | | | | | | | | | | | Date d’entrée en vigueur : | | | | | | |  | | | | | | |
| Téléphone pour les demandes d’indemnisation : | |  | | | | | | | | | | | | | | Téléphone pour les demandes d’indemnisation : | | | | | | |  | | | | | | |
| Adresse pour les demandes d’indemnisation : | |  | | | | | | | | | | | | | | Adresse pour les demandes d’indemnisation : | | | | | | |  | | | | | | |
| Ville : |  | | | | | | État : | | | | | CP : | | | | Ville : | |  | | | | | | | État : | | | CP : | |
| Nom du souscripteur : | | |  | | | | | | | | | | | | | Nom du souscripteur : | | | | | |  | | | | | | | |
| Lien entre le souscripteur et le client : | | |  | | | | | | | Date de naissance du souscripteur : | | | | | | Lien entre le souscripteur et le client : | | | | | |  | | | | | Date de naissance du souscripteur : | | |
| Le souscripteur est garant : | | | Oui  Non | | | | | | | Sexe :  masculin  féminin | | | | | | Le souscripteur est garant : | | | | | | Oui  Non | | | | | Sexe :  masculin  féminin | | |
| Adresse du souscripteur : | | |  | | | | | | | | | | | | | Adresse du souscripteur : | | | | | |  | | | | | | | |
| Compte de remboursement de frais de santé rattaché à la police principale. | | | | | | | | | | | | | | | | Compte de remboursement de frais de santé rattaché à la police principale. | | | | | | | | | | | | | |
| Compte de frais de santé rattaché à la police principale. **(S’ASSURER que le brouillon automatique est désactivé !)** | | | | | | | | | | | | | | | | Compte de frais de santé rattaché à la police principale. **(S’ASSURER que le brouillon automatique est désactivé !)** | | | | | | | | | | | | | |
| **Garanties incluses** | | | | | | | | | | | | | | | | **Garanties incluses** | | | | | | | | | | | | | |
| **Plafond à vie :** | | Oui  Non | | | | | | **Montant plaf. à vie** | | | | |  | | | **Plafond à vie :** | | | | | Oui  Non | | | | | **Montant plaf. à vie** | | |  |
| Coassurance : | |  | | | | | | Part de l’assuré : | | | | |  | | | Coassurance : | | | | |  | | | | |  | | |  |
| Franchise : | |  | | | | | | Montant atteint : | | | | |  | | | Franchise : | | | | |  | | | | | Montant atteint : | | |  |
| **Garanties hors réseau** | | | | | | | | | | | | | | | | **Garanties hors réseau** | | | | | | | | | | | | | |
| **Plafond à vie :** | | Oui  Non | | | | | | **Montant plaf. à vie** | | | | |  | | | **Plafond à vie :** | | | | | Oui  Non | | | | | **Montant plaf. à vie** | | |  |
| Coassurance : | |  | | | | | | Part de l’assuré : | | | | |  | | | Coassurance : | | | | |  | | | | | Part de l’assuré : | | |  |
| Franchise : | |  | | | | | | Montant atteint : | | | | |  | | | Franchise : | | | | |  | | | | | Montant atteint : | | |  |
| **Une autorisation préalable est-elle nécessaire  pour les évaluations ?**  Oui  Non | | | | | | | | | | | | | | | | **Une autorisation préalable est-elle nécessaire  pour les évaluations ?**  Oui  Non | | | | | | | | | | | | | |
| ***VEUILLEZ INDIQUER LES GARANTIES POUR LES SERVICES SUIVANTS :*** | | | | | | | | | | | | | | | | ***VEUILLEZ INDIQUER LES GARANTIES POUR LES SERVICES SUIVANTS :*** | | | | | | | | | | | | | |
| Examens: | | | | | | | | | | | | | | | | Examens: | | | | | | | | | | | | | |
| Ergothérapie : | | | | | | | | | | | | | | | | Ergothérapie : | | | | | | | | | | | | | |
| Kinésithérapie: | | | | | | | | | | | | | | | | Kinésithérapie: | | | | | | | | | | | | | |
| Orthophonie : | | | | | | | | | | | | | | | | Orthophonie : | | | | | | | | | | | | | |
| Autres services : | | | | | | | | | | | | | | | | Autres services : | | | | | | | | | | | | | |
| **Une autorisation préalable est-elle nécessaire pour les traitements spécialisés ?**  Oui  Non | | | | | | | | | | | | | | | | **Une autorisation préalable est-elle nécessaire pour les traitements spécialisés ?**  Oui  Non | | | | | | | | | | | | | |