|  |  |
| --- | --- |
| *Programme pour nourrissons et tout-petits* |  |

*Fiche concernant l’assurance*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Le fournisseur de services est responsable de la vérification des informations concernant l'assurance. Les informations sur ce formulaire ne constituent pas une garantie de paiement.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Informations concernant l’enfant :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | *ITP SFS %* | | | | | *Monthly Maximum Cap* | | | | | | *Date completed* | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | |
| *Prénom de l’enfant :* | | | | | | | | | *Deuxième nom de l’enfant :* | | | | | | | | | | | *Nom de la famille :* | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | |
| *Adresse* | | | | | | | | | | | | | *Ville* | | | | | | | | | *État* | | | *Code postal* | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | *Sexe :*  Masculin  Féminin | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| *Date de naissance :* | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | *Téléphone de domicile :* | | | | | | | | | | | *D’autre contact téléphonique :* | | | | | | | |
| 1. **Information concernant l’assurance :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Medicaid #** : | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | Si Carolina ACCESS, indiquez le médecin traitant : | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date d’admissibilité : | | | | |  | | | | | | Date limite : | | | | | | |  | | | | | | | | PrincipaleD’autre politique en vigueur (voir ci-dessous) | | | | | | | | | | | | | | |
| **Politique principale** : | | | | | | Individuel Groupe HMO/PPO  Assurance militaire | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Politique secondaire :** | | | | | | | Individuel Groupe HMO/PPO  Assurance militaire | | | | | | | | | |
| Nom de l’assurance : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nom de l’assurance : | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Employeur/Groupe : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Employeur/Groupe : | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Numéro d’assurance politique / Numéro d’identification : | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | Numéro d’assurance politique / Numéro d’identification : | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Numéro d’identification de groupe : | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | Numéro d’identification de groupe : | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Date d'entrée en vigueur : | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Date d'entrée en vigueur : | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Numéro de téléphone de réclamations : | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | Numéro de téléphone de réclamations : | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Adresse de réclamations : | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Adresse de réclamations : | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Ville : |  | | | | | | | | | | | | | État : | | | | | Code postal : | | | | | Ville : | | |  | | | | | | | | État : | | | | Code postal : | |
| Nom d’abonné : | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nom d’abonné : | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| La relation d'abonné au client : | | |  | | | | | | | | | | | | | | La date de naissance d’abonné : | | | | | | | La relation d'abonné au client : | | | | | |  | | | | | | | | La date de naissance d’abonné : | | |
| L'abonné est le garant : | | | Oui  Non | | | | | | | | | | | | | | Sexe:  Masculin  Féminin | | | | | | | L'abonné est le garant : | | | | | | Oui  Non | | | | | | | | Sexe:  Masculin  Féminin | | |
| Adresse de l’abonné : | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Adresse de l’abonné : | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Comptes de remboursement de santé attachés à la politique principal. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Comptes de remboursement de santé attachés à la politique principal. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Compte de dépenses de santé attaché au principal. **(ASSUREZ-VOUS que la version préliminaire automatique est désactivée !)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Compte de dépenses de santé attaché au principal. **(ASSUREZ-VOUS que la version préliminaire automatique est désactivée !)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Les avantages du réseau :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Les avantages du réseau :** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Plafond à vie (LT)** | | Oui  Non | | | | | | | | | | | | | **Le montant du plafond à vie (LT)** | | | | | |  | | | **Plafond à vie (LT)** | | | | | Oui  Non | | | | | | | | **Le montant du plafond à vie (LT)** | | |  |
| Coassurance : | |  | | | | | | | | | | | | | Ticket modérateur | | | | | |  | | | Coassurance : | | | | |  | | | | | | | |  | | |  |
| Franchise : | |  | | | | | | | | | | | | | Montant Met : | | | | | |  | | | Franchise : | | | | |  | | | | | | | | Montant Met : | | |  |
| **Avantages hors réseau** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Avantages hors réseau** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Plafond à vie (LT)** | | Oui  Non | | | | | | | | | | | | | **Le montant du plafond à vie (LT)** | | | | | |  | | | **Plafond à vie (LT)** | | | | | Oui  Non | | | | | | | | **Le montant du plafond à vie (LT)** | | |  |
| Coassurance : | |  | | | | | | | | | | | | | Ticket modérateur | | | | | |  | | | Coassurance : | | | | |  | | | | | | | | Ticket modérateur | | |  |
| Franchise : | |  | | | | | | | | | | | | | Montant Met : | | | | | |  | | | Franchise : | | | | |  | | | | | | | | Montant Met : | | |  |
| **Une autorisation préalable est-elle requise pour les évaluations ?**   Oui  Non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Une autorisation préalable est-elle requise pour les évaluations ?**   Oui  Non | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***VEUILLEZ ÉNUMÉRER LES AVANTAGES POUR LES SERVICES SUIVANTS :*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ***VEUILLEZ ÉNUMÉRER LES AVANTAGES POUR LES SERVICES SUIVANTS :*** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Évaluations : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Évaluations : | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergothérapie : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ergothérapie : | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Thérapie physique : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Thérapie physique : | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Orthophonie : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Orthophonie : | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autres Services : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Autres Services : | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Une autorisation préalable est-elle requise pour une thérapie spécialisée ?**  Oui  Non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Une autorisation préalable est-elle requise pour une thérapie spécialisée ?**  Oui  Non | | | | | | | | | | | | | | | | |