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