|  |  |
| --- | --- |
| *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 : |       | **[ ]** Principale **[ ]** D’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 |