|  |  |
| --- | --- |
| **उत्तरी कैरोलिना शिशु-बच्चा कार्यक्रम** |  |

**बीमा सूचना वर्कशीट**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| सेवा प्रदाता बीमा जानकारी के सत्यापन के लिए जिम्मेदार है। इस फॉर्म की जानकारी भुगतान की गारंटी नहीं है। | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ए- बच्चे की जानकारी:** | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | *ITP SFS %* | | | | | *Monthly*  *Maximum Cap* | | | | *Date Completed* | |
|  | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | |
| *बच्चे का पहला नाम* | | | | | | | | | मध्य/प्रत्यय | | | | *बच्चे का अंतिम नाम* | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | |  | | | | |  | | | |  | |
| पता | | | | | | | | | *शहर* | | | | | | राज्य | | | ज़िप कोड | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | *लिंगः*  पुरुष  महिला | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |
| *जन्म की तारीख::* | | | | | | | | |  | | | | | | घर का फोन: | | | | | | | | | | अन्य टेलीफोन संपर्क: | | | | | |
| बी.बीमा की जानकारी: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **मेडिकेड #:** | | | |  | | | | | | | | | | | | यदि Carolina ACCESS, है, तो प्राथमिक देखभाल चिकित्सक को सूचीबद्ध करें: | | | | | | | | | | | | | | |
| **पात्रता तिथि:** | | | |  | | समाप्ति तिथि: | | | | | |  | | | | | | | | | प्राथमिक अन्य प्रभावी नीति (नीचे देखें) | | | | | | | | | |
| प्राथमिक नीति : | | व्यक्ति  समूह  HMO/PPO  सैन्य बीमा | | | | | | | | | | | | | | | प्राथमिक नीति : | | | | | | व्यक्ति  समूह  HMO/PPO  सैन्य बीमा | | | | | | | |
| बीमा का नाम: | |  | | | | | | | | | | | | | | | बीमा का नाम: | | | | | |  | | | | | | | |
| नियोक्ता/समूह: | |  | | | | | | | | | | | | | | | नियोक्ता/समूह: | | | | | |  | | | | | | | |
| पॉलिसी#/ आईएनएस. पहचान#: | |  | | | | | | | | | | | | | | | पॉलिसी#/ आईएनएस. पहचान#: | | | | | |  | | | | | | | |
| समूह आईडी #: | |  | | | | | | | | | | | | | | | समूह आईडी #: | | | | | |  | | | | | | | |
| प्रभावी तिथि: | |  | | | | | | | | | | | | | | | प्रभावी तिथि: | | | | | |  | | | | | | | |
| दावा फोन #: | |  | | | | | | | | | | | | | | | दावा फोन #: | | | | | |  | | | | | | | |
| दावा पता: | |  | | | | | | | | | | | | | | | दावा पता: | | | | | |  | | | | | | | |
| पता |  | | | | | | शहर | | | | | ज़िप कोड | | | | | पता | |  | | | | | | | शहर | | | ज़िप कोड | |
| सदस्य का नाम: | | | | |  | | | | | | | | | | | | सदस्य का नाम: | | | | | | |  | | | | | | |
| सदस्य से ग्राहक संबंध: | | | | |  | | | | | सदस्य का जन्म का तारीख: | | | | | | | सदस्य से ग्राहक संबंध: | | | | | | |  | | | | सदस्य का जन्म का तारीख: | | |
| सदस्य गारंटर है | | | | | हां  नहीं | | | | | लिंग पुरुष  महिला | | | | | | | सदस्य गारंटर है | | | | | | | हां  नहीं | | | | लिंग  पुरुष  महिला | | |
| सदस्य का पता | | | | |  | | | | | | | | | | | | सदस्य का पता | | | | | | |  | | | | | | |
| स्वास्थ्य प्रतिपूर्ति खाता प्राथमिक नीति से जुड़ा हुआ है। | | | | | | | | | | | | | | | | | स्वास्थ्य प्रतिपूर्ति खाता प्राथमिक नीति से जुड़ा हुआ है। | | | | | | | | | | | | | |
| प्राथमिक से जुड़ा स्वास्थ्य व्यय खाता। (**सुनिश्चित करें कि ऑटो ड्राफ्ट अक्षम है!)** | | | | | | | | | | | | | | | | | प्राथमिक से जुड़ा स्वास्थ्य व्यय खाता। (**सुनिश्चित करें कि ऑटो ड्राफ्ट अक्षम है!)** | | | | | | | | | | | | | |
| **नेटवर्क लाभ में आजीवन (LT) पूंजी:** | | | | | | | | | | | | | | | | | **नेटवर्क लाभ में आजीवन (LT) पूंजी:** | | | | | | | | | | | | | |
| **लाइफटाइम (LT) पूंजी:** | | | **हां**  **नहीं** | | | | | **LT पूंजी एएमटी:** | | | | | |  | | | **लाइफटाइम (LT) पूंजी:** | | | | | **हां**  **नहीं** | | | | | **LT पूंजी एएमटी:** | | |  |
| **सहबीमा:** | | |  | | | | | **सह भुगतान:** | | | | | |  | | | **सहबीमा:** | | | | |  | | | | | **सह भुगतान:** | | | **सहबीमा:** |
|  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  |
| **कटौती योग्य:** | | |  | | | | | **एएमटी मुलाकात की:** | | | | | |  | | | **कटौती योग्य:** | | | | |  | | | | | **एएमटी मुलाकात की:** | | | **कटौती योग्य:** |
| **नेटवर्क लाभ से बाहर**  **आजीवन पूंजी:** | | | | | | | | | | | | | | | | | **नेटवर्क लाभ से बाहर**  **आजीवन पूंजी:** | | | | | | | | | | | | | |
| **लाइफटाइम (LT) पूंजी:** | | | **हां**  **नहीं** | | | | | **LT पूंजी एएमटी:** | | | | | |  | | | **लाइफटाइम (LT) पूंजी:** | | | | | **हां**  **नहीं** | | | | | **LT पूंजी एएमटी:** | | |  |
| **सहबीमा:** | | |  | | | | | **सह भुगतान:** | | | | | |  | | | **सहबीमा:** | | | | |  | | | | | **सह भुगतान:** | | |  |
|  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | **कटौती योग्य:** | | | | |  | | | | | **एएमटी। मुलाकात की:** | | |  |
| क्या मूल्यांकन के लिए पूर्व प्राधिकरण आवश्यक है?  **हां नहीं** | | | | | | | | | | | | | | | | | क्या मूल्यांकन के लिए पूर्व प्राधिकरण आवश्यक है?  **हां नहीं** | | | | | | | | | | | | | |
| ***कृपया निम्नलिखित सेवाओं के लाभों की सूची बनाएं:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | ***कृपया निम्नलिखित सेवाओं के लाभों की सूची बनाएं:*** | | | | | | | | | | | | | |
| मूल्यांकन: | | | | | | | | | | | | | | | | | मूल्यांकन: | | | | | | | | | | | | | |
| व्यावसायिक चिकित्सा | | | | | | | | | | | | | | | | | व्यावसायिक चिकित्सा | | | | | | | | | | | | | |
| शारीरिक चिकित्सा: | | | | | | | | | | | | | | | | | शारीरिक चिकित्सा: | | | | | | | | | | | | | |
| वाक उपचार: | | | | | | | | | | | | | | | | | वाक उपचार: | | | | | | | | | | | | | |
| अन्य सेवाएं: | | | | | | | | | | | | | | | | | अन्य सेवाएं: | | | | | | | | | | | | | |
| क्या विशिष्ट चिकित्सा के लिए पूर्व प्राधिकरण आवश्यक है? **हां नहीं** | | | | | | | | | | | | | | | | | **क्या विशिष्ट चिकित्सा के लिए पूर्व प्राधिकरण आवश्यक है?   हां नहीं** | | | | | | | | | | | | | |