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