|  |  |
| --- | --- |
| ***노스캐롤라이나 영유아 프로그램*** |  |

***보험 정보 워크시트***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***서비스 제공자는 보험 정보를 확인할 책임이 있습니다. 이 양식의 정보는 지불을 보장하지 않습니다.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **자녀 정보:** | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | *ITP SFS %* | | | | | | *Monthly*  *Maximum Cap* | | | | *Date Completed* | | |
|  | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |
| *자녀의 이름* | | | | | | | | | *중간/접미사* | | | *자녀의 성* | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | | |
| *주소* | | | | | | | | | *도시* | | | | | | *상태* | | | *우편 번호* | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | *섹스:* 남성 여성 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| *생일:* | | | | | | |  | | | | | | | | *집 전화:* | | | | | | | | | | | *기타 전화 문의:* | | | | | | |
| 1. **보험정보 :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **메디케이드 #** : | |  | | | | | | | | | | | | | | Carolina ACCESS 하는 경우 1차 진료 의사를 기재하십시오. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 자격 날짜: | |  | | | | 만료 날짜: | | | | | |  | | | | | | | | | 주요한유효한 기타 정책(아래 참조) | | | | | | | | | | | |
| **기본 정책** : | | | 개별 그룹 HMO/PPO 군인 보험 | | | | | | | | | | | | | | **보조 정책** : | | | | | | | | 개별 그룹 HMO/PPO 군인 보험 | | | | | | | |
| 보험 이름: | | |  | | | | | | | | | | | | | | 보험 이름: | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 고용주/그룹: | | |  | | | | | | | | | | | | | | 고용주/그룹: | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 정책#/ Ins. ID#: | | |  | | | | | | | | | | | | | | 정책 번호/ 조항 ID#: | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 그룹 ID 번호: | | |  | | | | | | | | | | | | | | 그룹 ID 번호: | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 발효일: | | |  | | | | | | | | | | | | | | 발효일: | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 청구 전화번호: | | |  | | | | | | | | | | | | | | 청구 전화번호: | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 청구 주소: | | |  | | | | | | | | | | | | | | 청구 주소: | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 도시: |  | | | | | | | 상태: | | | | 지퍼: | | | | | 도시: | |  | | | | | | | | 상태: | | | 지퍼: | | |
| 구독자 이름: | | | | |  | | | | | | | | | | | | 구독자 이름: | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 클라이언트에 대한 구독자 관계: | | | | |  | | | | | 가입자 생년월일: | | | | | | | 클라이언트에 대한 구독자 관계: | | | | | | |  | | | | | 가입자 생년월일: | | | |
| 가입자는 보증인입니다. | | | | | 예 아니오 | | | | | 성별: 남성 여성 | | | | | | | 가입자는 보증인입니다. | | | | | | | 예 아니오 | | | | | 성별: 남성 여성 | | | |
| 가입자 주소: | | | |  | | | | | | | | | | | | | 가입자 주소: | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 기본 보험에 연결된 건강 상환 계정. | | | | | | | | | | | | | | | | | 기본 보험에 연결된 건강 상환 계정. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 기본에 연결된 건강 지출 계정. **(자동 초안 비활성화 보장!)** | | | | | | | | | | | | | | | | | 기본에 연결된 건강 지출 계정. **(자동 초안 비활성화 보장!)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **네트워크 혜택** | | | | | | | | | | | | | | | | | **네트워크 혜택** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **평생 (LT) 한도:** | | | | 예 아니오 | | | | | | | **LT 캡 금액** | | |  | | | **평생 (LT) 한도:** | | | | | | 예 아니오 | | | | | **LT 캡 금액** | | | |  |
| 공동 보험: | | | |  | | | | | | | 코페이: | | |  | | | 공동 보험: | | | | | |  | | | | |  | | | |  |
| 공제액: | | | |  | | | | | | | 금액 만난: | | |  | | | 공제액: | | | | | |  | | | | | 금액 만난: | | | |  |
| **네트워크 밖 혜택** | | | | | | | | | | | | | | | | | **네트워크 밖 혜택** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **평생 한도:** | | | | 예 아니오 | | | | | | | **LT 캡 금액** | |  | | | | **평생 한도:** | | | | | | 예 아니오 | | | | | **LT 캡 금액** | | |  | |
| 공동 보험: | | | |  | | | | | | | 코페이: | |  | | | | 공동 보험: | | | | | |  | | | | | 코페이: | | |  | |
| 공제액: | | | |  | | | | | | | 금액 만난: | |  | | | | 공제액: | | | | | |  | | | | | 금액 만난: | | |  | |
| **평가를 위해 사전 승인이 필요합니까?**  예 아니오 | | | | | | | | | | | | | | | | | **평가를 위해 사전 승인이 필요합니까?**  예 아니오 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***다음 서비스의 이점을 나열하십시오.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | ***다음 서비스의 이점을 나열하십시오.*** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 평가: | | | | | | | | | | | | | | | | | 평가: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 작업 요법: | | | | | | | | | | | | | | | | | 작업 요법: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 물리 치료: | | | | | | | | | | | | | | | | | 물리 치료: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 대화 요법: | | | | | | | | | | | | | | | | | 대화 요법: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 기타 서비스: | | | | | | | | | | | | | | | | | 기타 서비스: | | | | | | | | | | | | | | | |
| **전문 치료를 받으려면 사전 승인이 필요합니까?** 예 아니오 | | | | | | | | | | | | | | | | | **전문 치료를 받으려면 사전 승인이 필요합니까?** 예 아니오 | | | | | | | | | | | | | | | |