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

***보험 정보 워크시트***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***서비스 제공자는 보험 정보 검증을 담당합니다. 이 양식에 기재된 정보는 지불을 보장하지 않습니다.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 자녀 정보**:** | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | *ITP SFS %* | | | | | | *월 최대 한도* | | | | | *완료 날짜* | |
|  | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |
| *아동의 이름* | | | | | | | | | *중간/접미사* | | | *아동의 성* | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | |
| *주소* | | | | | | | | | *도시* | | | | | *주* | | | | *우편 번호* | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | *성별:* 남성  여성 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| *생년월일:* | | | | | | |  | | | | | | | | *집 전화:* | | | | | | | | | | | *기타 전화 연락처:* | | | | | | |
| 1. **보험 정보:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **메디케이드 번호:** | | | | |  | | | | | | | | | | | Carolina ACCESS의 경우 주치의를 나열하세요: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 자격 날짜: | | | | |  | | | | 만료날짜: | |  | | | | | | | | | | 주요  현재 효과를 받고 있는 기타 보험(아래 참조) | | | | | | | | | | | |
| **기본 정책:** | | | 개인  단체  HMO/PPO  군사 보험 | | | | | | | | | | | | | | **2차 정책:** | | | | | | 개인  단체  HMO/PPO  군사 보험 | | | | | | | | | |
| 보험 이름: | | |  | | | | | | | | | | | | | | 보험 이름: | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 고용주/단체: | | |  | | | | | | | | | | | | | | 고용주/단체: | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 보험 번호/보험 ID 번호: | | |  | | | | | | | | | | | | | | 보험 번호/보험 ID 번호: | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 단체 ID #: | | |  | | | | | | | | | | | | | | 단체 ID #: | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 발효일: | | |  | | | | | | | | | | | | | | 발효일: | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 청구 전화번호: | | |  | | | | | | | | | | | | | | 청구 전화번호: | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 청구 주소: | | |  | | | | | | | | | | | | | | 청구 주소: | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 도시: |  | | | | | 주: | | | | | 우편 번호: | | | | | | 도시: | |  | | | | | | | | 주: | | | | 우편 번호: | |
| 가입자 이름: | | | |  | | | | | | | | | | | | | 가입자 이름: | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 고객과 가입자와의 관계: | | | |  | | | | | | 가입자 생년월일: | | | | | | | 고객과 가입자와의 관계: | | | | | | |  | | | | | 가입자 생년월일: | | | |
| 가입자가 보증인인지 여부: | | | | 예  아니요 | | | | | | 성별:  남성  여성 | | | | | | | 가입자가 보증인인지 여부: | | | | | | | 예  아니요 | | | | | 성별:  남성  여성 | | | |
| 가입자 주소: | | | |  | | | | | | | | | | | | | 가입자 주소: | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 기본 보험에 첨부된 건강 환급 계좌. | | | | | | | | | | | | | | | | | 기본 보험에 첨부된 건강 환급 계좌. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 기본 보험에 첨부된 건강 지출 계좌. **(자동 초안 기능을 비활성화하세요!)** | | | | | | | | | | | | | | | | | 기본 보험에 첨부된 건강 지출 계좌**. (자동 초안 기능을 비활성화하세요!)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **네트워크 내 혜택** | | | | | | | | | | | | | | | | | **네트워크 내 혜택** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **평생 한도:** | | 예   아니요 | | | | | | **LT 한도 금액** | | | | |  | | | | **평생 한도:** | | | | | 예   아니요 | | | | | | **LT 한도 금액** | | | |  |
| 공동보험: | |  | | | | | | 공동 부담금: | | | | |  | | | | 공동보험: | | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| 공제액: | |  | | | | | | 금액 충족: | | | | |  | | | | 공제액: | | | | |  | | | | | | 금액 충족: | | | |  |
| **네트워크 외 혜택** | | | | | | | | | | | | | | | | | **네트워크 외 혜택** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **평생 한도:** | | 예   아니요 | | | | | | **LT 한도 금액** | | | | |  | | | | **평생 한도:** | | | | | 예   아니요 | | | | | | **LT 한도 금액** | | | |  |
| 공동보험: | |  | | | | | | 공동 부담금: | | | | |  | | | | 공동보험: | | | | |  | | | | | | 공동 부담금: | | | |  |
| 공제액: | |  | | | | | | 금액 충족: | | | | |  | | | | 공제액: | | | | |  | | | | | | 금액 충족: | | | |  |
| **평가를 받으려면 사전 승인이 필요합니까?**  예  아니요 | | | | | | | | | | | | | | | | | **평가를 받으려면 사전 승인이 필요합니까?**  예  아니요 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***다음 서비스의 혜택을 나열해 주세요:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | ***다음 서비스의 혜택을 나열해 주세요:*** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 평가: | | | | | | | | | | | | | | | | | 평가: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 작업 치료: | | | | | | | | | | | | | | | | | 작업 치료: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 물리 치료: | | | | | | | | | | | | | | | | | 물리 치료: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 언어 치료: | | | | | | | | | | | | | | | | | 언어 치료: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 기타 서비스: | | | | | | | | | | | | | | | | | 기타 서비스: | | | | | | | | | | | | | | | |
| **특수 치료를 받으려면 사전 승인이 필요한가요?**  예  아니요 | | | | | | | | | | | | | | | | | **특수 치료를 받으려면 사전 승인이 필요한가요?**  예  아니요 | | | | | | | | | | | | | | | |