|  |  |
| --- | --- |
| ***Программа штата Северная Каролина для младенцев и*** |  |

***детей ясельного возраста***

***Лист о страховой информации***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Поставщик услуг несет ответственность за проверку информации о страховании. Информация в этой форме не является гарантией оплаты.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Информация о ребенке:** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | *ITP SFS %* | | | | | | | | | | | | | *Monthly*  *Maximum Cap* | | | | | *Date Completed* | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| *Имя ребенка* | | | | | | | | | | | | Другие имена | | | | | | | | | | *Фамилия ребенка* | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| *Адрес* | | | | | | | | | | | | | | *Город:* | | | | | | | | | *государство* | | | | | | | *Почтовый индекс* | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | Пол*:*  Мужской  Женский | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| *Дата рождения:* | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | *Домашний телефон:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | *Другой телефонный контакт:* | | | | | | | |
| 1. **Информация о страховании:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Страховой №:** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Если Carolina ACCESS, укажите основного лечащего врача: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата получения права: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | Дата окончания срока: | | | | | | | | | |  | | | | | ОсновнойДругой действующий полис (см. ниже) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Основной полис:** | | | | Лицо  Группа  HMO/PPO  Военная страховка | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Вторичный полис**: | | | | | | Лицо  Группа  HMO/PPO  Военная страховка | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Название страховки: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Название страховки: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Работодатель/Группа: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Работодатель/Группа: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Идентификационный номер страхового полиса: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Идентификационный номер страхового полиса: | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Идентификатор группы №: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Идентификатор группы №: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Дата вступления в силу: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата вступления в силу: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| номер телефона для предоставления претензий | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | номер телефона для предоставления претензий | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Адрес для предоставления претензий: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Адрес для предоставления претензий: | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Город: |  | | | | | | | | | | | | Штат: | | | | | | Почтовый индекс: | | | | | | | | | | Город: | |  | | | | | | | | | | | | | Штат: | | | | Почтовый индекс: | | | | |
| Имя заявителя: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Имя заявителя: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Отношение к клиенту: | | | | |  | | | | | | | | | | | Дата рождения заявителя: | | | | | | | | | | | | | Отношение к клиенту: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | Дата рождения заявителя: | | | | | |
| Заявитель является Гарантом: | | | | | | Да  Нет | | | | | | | | | | Пол:  Мужской  Женский | | | | | | | | | | | | | Заявитель является Гарантом: | | | | | | | | Да  Нет | | | | | | | | | | Пол:  Мужской  Женский | | | | | |
| Адрес заявителя: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Адрес заявителя: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Счет возмещения расходов на здравоохранение, прикрепленный к основному полису. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Счет возмещения расходов на здравоохранение, прикрепленный к основному полису. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Счет расходов на здравоохранение привязан к основному счету. (УБЕДИТЕСЬ, что автоматический черновик отключен!) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Счет расходов на здравоохранение привязан к основному счету. (УБЕДИТЕСЬ, что автоматический черновик отключен!) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **В сетевых преимуществах** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **В сетевых преимуществах** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Пожизненный лимит (LT):** | | | Да  Нет | | | | | | | | | | | | **LT максимальная сумма.** | | | | | | | | |  | | | | | **Пожизненный лимит (LT):** | | | | | Да  Нет | | | | | | | | | | | | **LT максимальная сумма.** | | | | |  | |
| Сострахование: | | |  | | | | | | | | | | | | Доплата: | | | | | | | | |  | | | | | Сострахование: | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| вычитаемое | | |  | | | | | | | | | | | | Amt. Met: | | | | | | | | |  | | | | | вычитаемое: | | | | |  | | | | | | | | | | | | Amt. Met: | | | | |  | |
| **ВНЕ СЕТЕВЫХ ПРЕИМУЩЕСТВ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **ВНЕ СЕТЕВЫХ ПРЕИМУЩЕСТВ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Пожизненный лимит (LT)** | | | Да  Нет | | | | | | | | | | | | **LT максимальная сумма.** | | | | | | | | |  | | | | | **Пожизненный лимит (LT)** | | | | | Да  Нет | | | | | | | | | | | | **LT максимальная сумма.** | | | | |  | |
| Сострахование: | | |  | | | | | | | | | | | | Доплата: | | | | | | | | |  | | | | | Сострахование: | | | | |  | | | | | | | | | | | | Доплата: | | | | |  | |
| вычитаемое | |  | | | | | | | Пожизненная максимальная сумма: | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | вычитаемое | | | | |  | | | | | | | Пожизненная максимальная сумма: | | | | | | | | | | |  |
| Требуется ли предварительное разрешение для оценки?  Да  Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Требуется ли предварительное разрешение для оценки?  Да  Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***ПОЖАЛУЙСТА, ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ДЛЯ СЛЕДУЮЩИХ УСЛУГ:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ***ПОЖАЛУЙСТА, ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ДЛЯ СЛЕДУЮЩИХ УСЛУГ:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| оценки: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | оценки: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Трудотерапия: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Трудотерапия: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Физиотерапия: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Физиотерапия: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Логопедия: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Логопедия: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Другие услуги: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Другие услуги: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Требуется ли предварительное разрешение для специализированной терапии?**  Да  Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Требуется ли предварительное разрешение для специализированной терапии?**  Да  Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |