|  |  |
| --- | --- |
| *Программа для младенцев и детей ясельного возраста в штате Северная Каролина:* |       |

*бланк для информации о страховании*

|  |
| --- |
| ***Поставщик услуг несет ответственность за проверку подлинности страховой информации. Информация в этой форме не является гарантией оплаты.*** |
| 1. **Информация о ребенке:**
 |  |  | *Процент SFS в ITP* | *Ежемесячный лимит* | *Дата заполнения* |
|       |       |       |       |       |       |
| *Имя ребенка* | *Среднее имя* | *Фамилия ребенка* |       |       |       |
|       |       |     |       |       |       |       |
| *Адрес* | *Город* | *Штат* | *Почтовый индекс* |  |
|       | *Пол:* [ ] Мужчина [ ]  Женщина |       |       |
| *Дата рождения:* |  | *Домашний телефон:* | *Другой контактный телефон:* |
| 1. **Информация о страховании:**
 |
| **Medicaid №:** |       | Если подключен план Carolina ACCESS, укажите лечащего врача-терапевта:       |
| Дата получения права на участие: |       | Дата истечения срока действия: |       | **[ ]**  Основной **[ ]**  Другой действующий полис (см. ниже) |
| **Основной полис**: | [ ]  Индивидуальный [ ]  Групповой [ ]  HMO/PPO [ ]  Военное страхование | **Дополнительный полис**: | [ ]  Индивидуальный [ ]  Групповой [ ]  HMO/PPO [ ]  Военное страхование |
| Наименование страхования: |       | Наименование страхования: |       |
| Работодатель/группа: |       | Работодатель/группа: |       |
| Полис №/договор страхования Идентификационный номер: |       | Полис №/договор страхования Идентификационный номер: |       |
| Идентификационный номер группы: |       | Идентификационный номер группы: |       |
| Дата вступления в силу: |       | Дата вступления в силу: |       |
| Номер телефона для подачи претензий: |       | Номер телефона для подачи претензий: |       |
| Адрес для подачи претензий: |       | Адрес для подачи претензий: |       |
| Город: |       | Штат:       | Индекс:       | Город:  |       | Штат:       | Индекс:       |
| Имя страхователя: |       | Имя страхователя: |       |
| Отношения страхователя с клиентом: |       | Дата рождения страхователя:       | Отношения страхователя с клиентом: |       | Дата рождения страхователя:       |
| Страхователь является поручителем: | [ ]  Да [ ]  Нет | Пол: [ ]  Мужчина [ ]  Женщина | Страхователь является поручителем: | [ ]  Да [ ]  Нет | Пол: [ ]  Мужчина [ ]  Женщина |
| Адрес страхователя: |       | Адрес страхователя: |       |
| [ ]  Счет возмещения расходов на здравоохранение, прикрепленный к основному полису. | [ ]  Счет возмещения расходов на здравоохранение, прикрепленный к основному полису. |
| [ ]  Счет расходов на здравоохранение, прикрепленный к основному полису. **(УБЕДИТЕСЬ, что автоматические платежи отключены!)** | [ ]  Счет расходов на здравоохранение, прикрепленный к основному полису. **(УБЕДИТЕСЬ, что автоматические платежи отключены!)** |
| **Льготы в сети** | **Льготы в сети** |
| **Общий лимит:** | [ ]  Да [ ]  Нет | **Общая макс. сумма** |  | **Общий лимит:** | [ ]  Да [ ]  Нет | **Общая макс. сумма** |  |
| Сострахование: |  | Доплата: |  | Сострахование: |  |  |  |
| Франшиза: |  | Оплаченная сумма: |  | Франшиза: |  | Оплаченная сумма: |  |
| **Льготы ВНЕ СЕТИ** | **Льготы ВНЕ СЕТИ** |
| **Общий лимит:** | [ ]  Да [ ]  Нет | **Общая макс. сумма** |  | **Общий лимит:** | [ ]  Да [ ]  Нет | **Общая макс. сумма** |  |
| Сострахование: |  | Доплата: |  | Сострахование: |  | Доплата: |  |
| Франшиза: |  | Оплаченная сумма: |  | Франшиза: |  | Оплаченная сумма: |  |
| **Требуется ли предварительное разрешение для проведения оценки?** [ ]  Да [ ]  Нет | **Требуется ли предварительное разрешение для проведения оценки?** [ ]  Да [ ]  Нет |
| ***ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЛЬГОТЫ ДЛЯ УКАЗАННЫХ УСЛУГ:*** | ***ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЛЬГОТЫ ДЛЯ УКАЗАННЫХ УСЛУГ:*** |
| Оценки:       | Оценки:       |
| Трудотерапия:       | Трудотерапия:       |
| Физиотерапия:       | Физиотерапия:       |
| Логопедия:       | Логопедия:       |
| Прочие услуги:       | Прочие услуги:       |
| **Требуется ли предварительное разрешение для специализированной терапии?**[ ]  Да [ ]  Нет | **Требуется ли предварительное разрешение для специализированной терапии?**[ ]  Да [ ]  Нет |