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