|  |  |
| --- | --- |
| ***Chương trình Trẻ sơ sinh và Trẻ nhỏ North Carolina*** |  |

***Phiếu Thông tin Bảo hiểm***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Nhà cung cấp dịch vụ có trách nhiệm xác minh thông tin bảo hiểm.  Thông tin trên mẫu này không phải là cam kết thanh toán.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Thông tin trẻ:** | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | *Tỷ lệ % SFS của ITP* | | | | | | | *Mức giới hạn Tối đa Hàng tháng* | | | | *Ngày Hoàn thành* | |
|  | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | |
| *Tên của Trẻ* | | | | | | | *Tên đệm/Hậu tố* | | | | | *Họ của Trẻ* | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  |  | | | | | | |  | | | |  | |
| *Địa chỉ* | | | | | | | *Thành phố* | | | | | | *Tiểu bang* | | | *Mã bưu chính* | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | *Giới tính:* Nam  Nữ | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| *Ngày sinh*: | | | | | | |  | | | | | | | *Điện thoại Nhà riêng:* | | | | | | | | | | | | *Số điện thoại Liên lạc khác:* | | | | | |
| 1. **Thông tin Bảo hiểm** **:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Mã số Medicaid**: | | | | | |  | | | | | | | | | Nếu là Carolina ACCESS, nêu tên Bác sĩ Chăm sóc Chính: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ngày Đủ điều kiện: | | | | | |  | | Ngày Hết hạn: | | | | |  | | | | | | | Chính  Hợp đồng bảo hiểm khác đang có hiệu lực (xem bên dưới) | | | | | | | | | | | |
| **Hợp đồng Bảo hiểm Chính:** | | Cá nhân  Nhóm  HMO/PPO  Bảo hiểm Quân đội | | | | | | | | | | | | | | | **Hợp đồng Bảo hiểm Phụ:** | | | | | Cá nhân  Nhóm  HMO/PPO  Bảo hiểm Quân đội | | | | | | | | | |
| Tên Bảo hiểm: | |  | | | | | | | | | | | | | | | Tên Bảo hiểm: | | | | |  | | | | | | | | | |
| Người sử dụng lao động/Nhóm: | |  | | | | | | | | | | | | | | | Người sử dụng lao động/Nhóm: | | | | |  | | | | | | | | | |
| Số Hợp đồng/ Số ID Bảo hiểm: | |  | | | | | | | | | | | | | | | Số Hợp đồng/ Số ID Bảo hiểm: | | | | |  | | | | | | | | | |
| Mã số Nhóm: | |  | | | | | | | | | | | | | | | Mã số Nhóm: | | | | |  | | | | | | | | | |
| Ngày có Hiệu lực: | |  | | | | | | | | | | | | | | | Ngày có Hiệu lực: | | | | |  | | | | | | | | | |
| Số điện thoại Khiếu nại: | |  | | | | | | | | | | | | | | | Số điện thoại Khiếu nại: | | | | |  | | | | | | | | | |
| Địa chỉ Khiếu nại: | |  | | | | | | | | | | | | | | | Địa chỉ Khiếu nại: | | | | |  | | | | | | | | | |
| Thành phố: | | |  | | | | Tiểu bang: | | | | | Mã bưu chính: | | | | | Thành phố: | | | |  | | | | Tiểu bang: | | | | | Mã bưu chính: | |
| Tên Người đăng ký: | | | | |  | | | | | | | | | | | | Tên Người đăng ký: | | | | | | |  | | | | | | | |
| Mối quan hệ giữa Người đăng ký và Khách hàng: | | | |  | | | | | | Ngày sinh của Người đăng ký: | | | | | | | Mối quan hệ giữa Người đăng ký và Khách hàng: | | | | | |  | | | | | Ngày sinh của Người đăng ký: | | | |
| Người đăng ký là Người bảo lãnh: | | | | Có  Không | | | | | | | Giới tính:  Nam giới  Nữ giới | | | | | | Người đăng ký là Người bảo lãnh: | | | | | | Có  Không | | | | | | Giới tính:  Nam giới  Nữ giới | | |
| Địa chỉ Người đăng ký: | | | |  | | | | | | | | | | | | | Địa chỉ Người đăng ký: | | | | | |  | | | | | | | | |
| Tài khoản Hoàn trả Chi phí Y tế đính kèm với hợp đồng bảo hiểm chính. | | | | | | | | | | | | | | | | | Tài khoản Hoàn trả Chi phí Y tế đính kèm với hợp đồng bảo hiểm chính. | | | | | | | | | | | | | | |
| Tài khoản Chi tiêu Y tế đính kèm với hợp đồng bảo hiểm chính. **(ĐẢM BẢO đã tắt bản nháp tự động!)** | | | | | | | | | | | | | | | | | Tài khoản Chi tiêu Y tế đính kèm với hợp đồng bảo hiểm chính. **(ĐẢM BẢO đã tắt bản nháp tự động!)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Quyền lợi trong Mạng lưới** | | | | | | | | | | | | | | | | | **Quyền lợi trong Mạng lưới** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Giới hạn Trọn đời:** | Có  Không | | | | | | | | **Tổng vốn Đầu tư** | | |  | | | | | **Giới hạn Trọn đời:** | | | | Có  Không | | | | | | **Tổng vốn Đầu tư** | | | |  |
| Đồng bảo hiểm: |  | | | | | | | | Đồng thanh toán: | | |  | | | | | Đồng bảo hiểm: | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| Khấu trừ: |  | | | | | | | | Số tiền Đã đáp ứng: | | |  | | | | | Khấu trừ: | | | |  | | | | | | Số tiền Đã đáp ứng: | | | |  |
| **Quyền lợi NGOÀI Mạng lưới** | | | | | | | | | | | | | | | | | **Quyền lợi NGOÀI Mạng lưới** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Giới hạn Trọn đời:** | Có  Không | | | | | | | | **Tổng vốn Đầu tư** | | |  | | | | | **Giới hạn Trọn đời:** | | | | Có  Không | | | | | | **Tổng vốn Đầu tư** | | | |  |
| Đồng bảo hiểm: |  | | | | | | | | Đồng thanh toán: | | |  | | | | | Đồng bảo hiểm: | | | |  | | | | | | Đồng thanh toán: | | | |  |
| Khấu trừ: |  | | | | | | | | Số tiền Đã đáp ứng: | | |  | | | | | Khấu trừ: | | | |  | | | | | | Số tiền Đã đáp ứng: | | | |  |
| **Có cần phải có sự Cho phép Trước để Đánh  giá không?**  Có  Không | | | | | | | | | | | | | | | | | **Có cần phải có sự Cho phép Trước để Đánh  giá không?**  Có  Không | | | | | | | | | | | | | | |
| ***VUI LÒNG LIỆT KÊ CÁC QUYỀN LỢI ĐỐI VỚI CÁC DỊCH VỤ SAU:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | ***VUI LÒNG LIỆT KÊ CÁC QUYỀN LỢI ĐỐI VỚI CÁC DỊCH VỤ SAU:*** | | | | | | | | | | | | | | |
| Đánh giá: | | | | | | | | | | | | | | | | | Đánh giá: | | | | | | | | | | | | | | |
| Liệu pháp Nghề nghiệp: | | | | | | | | | | | | | | | | | Liệu pháp Nghề nghiệp: | | | | | | | | | | | | | | |
| Vật lý Trị liệu: | | | | | | | | | | | | | | | | | Vật lý Trị liệu: | | | | | | | | | | | | | | |
| Liệu pháp Ngôn ngữ: | | | | | | | | | | | | | | | | | Liệu pháp Ngôn ngữ: | | | | | | | | | | | | | | |
| Các Dịch vụ Khác: | | | | | | | | | | | | | | | | | Các Dịch vụ Khác: | | | | | | | | | | | | | | |
| **Có cần phải có sự Cho phép Trước để Trị liệu Chuyên biệt không?**  Có  Không | | | | | | | | | | | | | | | | | **Có cần phải có sự Cho phép Trước để Trị liệu Chuyên biệt không?**  Có  Không | | | | | | | | | | | | | | |