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