

Ficha de Dados do Caso MAPS

Número do Paciente: _____ ID Empresarial: _____

Data de Início da Cobertura: _____ - Data do Final da Cobertura: _____ Código do Plano: _____

Já se candidatou a Healthcare Insurance Exchange? Sim NãoSe sim, qual foi o resultado? Elegível InelegívelA Carta de Inelegibilidade de Seguro de Saúde foi fornecida? Sim NãoJá se candidatou à Medicaid? Sim NãoEm caso negativo, foi analisado e considerado tecnicamente inelegível? Sim NãoSe sim, qual foi o resultado? Aprovado Recusado Se recusado, motivo: _____

Último Nome: _____ Primeiro Nome: _____ Inicial do Meio: _____

Número de Segurança Social: _____ SIG MR Num.: _____ D. N.: _____

Morada: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____

Núm. Telefone: _____

Nome do Cônjuge: _____ D. N.: _____ NSS: _____

Detalhes do Avalista -

Nome do Avalista: _____ NSS: _____

Endereço do Avalista: _____

Detalhes do Agregado Familiar -

Nome do Membro do Agregado Familiar	Data de Nascimento	NSS	Relação com o Candidato

Situação Profissional -

Nome do Membro: _____

Relação com o Candidato: _____

Empregador: _____

Data de Início: _____ Data de Término: _____

Rendimento Mensal: _____

Telefone: _____

Nome do Membro: _____

Relação com o Candidato: _____

Empregador: _____

Data de Início: _____ Data de Término: _____

Rendimento Mensal: _____

Telefone: _____

Nome do Membro: _____

Relação com o Candidato: _____

Empregador: _____

Data de Início: _____ Data de Término: _____

Rendimento Mensal: _____

Telefone: _____

Nome do Membro: _____

Relação com o Candidato: _____

Empregador: _____

Data de Início: _____ Data de Término: _____

Rendimento Mensal: _____

Telefone: _____

Detalhes do Paciente - -

Empregador de Origem: _____ Rendimento Anual: _____

Tamanho da Família: _____

Data de Serviço: _____

Rendimento Mensal: _____

Percentagem FPL: _____ Nome do Paciente: _____ Número do Paciente: _____

Notas e Imagens Recolhidas - -