聖地牙哥郡

衛生與公眾服務局

行為健康服務

**保險福利轉讓及醫療資訊公開授權書**

**我/我們 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 客戶/患者 MRN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**投保人 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 與患者的關係 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

本人特此將任何應支付的保險福利轉讓給聖地牙哥郡或聖地牙哥郡簽約機構。（請參閱您的保險單或聯絡您的保險代理人以獲取填寫以下內容的説明）。

保險公司 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

公司地址 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

保單號 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 證書/會員編號 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

生效日期 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 註冊代碼 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 客戶/病人出生日期 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

客戶/病人社會保障號 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

投保人社會保障號 投保人出生日期 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

當地工會號碼 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***請在以下兩處簽名***

***團體保險***

除上述任何可能適用的資訊外，保險公司在支付保險賠款前還必須掌握以下資訊。

雇主名稱 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

雇主地址 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

團體保單號碼 證明/會員編號 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

我理解並同意，我/我們應向聖地牙哥郡或簽約機構負責支付本協定未支付或根據統一支付能力確定方法 (Uniform Method of Determining Abability to Pay, UMDAP) 確定的所有費用。

我/我們授權在保險機構要求時，公開在聖地牙哥郡行為健康服務機構或聖地牙哥郡簽約機構接受護理的相關資訊。

簽署本表即表示您同意聖地牙哥郡或其簽約醫療機構提供的所有行為健康項目向您的保險機構收取服務費用。 本免責聲明的副本將轉發給聖地牙哥郡內為您提供服務的每個項目。

日期 客戶/患者簽名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_\_ \_\_ 投保人簽名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| 聖地牙哥郡  衛生與公眾服務局  行為健康服務  **福利轉讓** | **客戶/患者**  **MRN：**  **計畫：** |