

샌디에고 카운티
보건복지부
행동건강 서비스
보험 수혜자 지정 및 의료정보 공개 권한부여

본인/우리 _____ 고객/환자 MRN _____

보험계약자 _____ 환자와의 관계 _____

저는 이로써 지급 가능한 모든 포괄대상 보험 혜택에 관하여 샌디에고 카운티 또는 샌디에고 카운티의 계약 기관에게 사무를 지정합니다. (다음 내용을 작성하는 데 도움이 필요하다면 보험 약관을 참조하거나 귀하를 담당하는 보험 중개인에게 문의하시기 바랍니다.)

보험회사 _____

회사 주소 _____

증권 번호 _____ 증명서/회원 번호 _____

효력 개시일 _____ 등록 코드 _____ 고객/환자 생년월일 _____

고객/환자 사회보장번호 _____

보험계약자 사회보장번호 _____ 보험 계약자 생년월일 _____

유니온 지역 번호 _____

아래 두 곳에 모두 서명 바랍니다

단체 보험용

보험회사는 보험금 지불 요청이 들어오기 전에 위의 내용 중 해당 가능한 모든 내용에 추가하여, 다음 정보를 보유해야 합니다.

고용주 이름 _____

고용주 주소 _____

단체 증권 번호 _____ 증명서/회원 번호 _____

이 동의서에 의한 지불 대상이 아니거나 지불 능력 판정 기본 방법(UMDAP)에 의해 결정되는 모든 청구에 대해서는 본인이/우리가 샌디에고 카운티 또는 계약 기관에 대한 책임이 있다는 점을 이해하며 여기에 동의합니다.

본인은/우리는 샌디에고 카운티 행동건강 서비스 또는 샌디에고 카운티 이내의 계약 기관에 보험 기관의 요청에 의한 진료 관련 정보의 공개 권한을 부여합니다.

이 양식에 서명함으로써, 귀하는 샌디에고 카운티 또는 이의 계약 전문의료인이 제공하는 모든 행동건강 프로그램에 대하여, 서비스 제공에 따른 비용을 귀하의 보험사에 청구할 수 있는 권한을 부여합니다. 이 공개서 사본 한 부는 귀하가 서비스를 받는 샌디에고 이내 프로그램 시행자 각자에게 전달할 것입니다.

날짜 _____ 고객/환자 서명 _____

날짜 _____ 보험계약자의 서명 _____

샌디에고 카운티
보건복지부
행동건강 서비스

수혜자 지정

Korean Rev 12-2024

고객/환자: _____

MRN: _____

프로그램: _____