

شهرستان سن دیگو
سازمان خدمات انسانی و سلامت
خدمات سلامت رفتاری
واگذاری مزایای بیمه و مجوز انتشار اطلاعات پزشکی

من/ما _____ مشتری/ MRN بیمار _____

بیمه گذار _____ نسبت با بیمار _____

بدین وسیله کلیه مزایای بیمه تحت پوشش قابل پرداخت را به شهرستان سن دیگو یا سازمان های طرف قرارداد شهرستان سن دیگو واگذار می کنم. (برای کمک به تکمیل موارد زیر، لطفاً به بیمه نامه خود رجوع کنید یا با نماینده بیمه خود تماس بگیرید.)

شرکت بیمه _____

نشانی شرکت _____

شماره بیمه نامه _____ شماره عضویت/گواهی _____

تاریخ اجرا _____ کد ثبت نام _____ تاریخ تولد بیمار/مشتری _____

شماره تأمین اجتماعی بیمار/مشتری _____

شماره تأمین اجتماعی بیمه گذار _____ ت.ب.ت بیمه گذار _____

شماره محلی اتحادیه _____

لطفاً هر دو محل زیر را امضا کنید

برای بیمه گروهی

شرکت های بیمه باید علاوه بر هر کدام از موارد بالا که ممکن است اعمال شود، اطلاعات زیر را نیز داشته باشند تا پرداخت به مطالبه بیمه انجام شود.

نام کارفرما _____

نشانی کارفرما _____

شماره بیمه نامه گروهی _____ شماره عضویت/گواهی _____

واقف هستیم که من/ما در خصوص هر گونه هزینه که ذیل این توافقنامه پرداخت نشود یا توسط روش یکپارچه تعیین توانایی پرداخت (UMDAP) مشخص شود، در قبال شهرستان سن دیگو یا سازمان طرف قرارداد مسئول هستیم.

من/ما مجوز انتشار اطلاعات در خصوص مراقبت های دریافت شده در خدمات سلامت رفتاری شهرستان سن دیگو یا هر سازمان طرف قرارداد در شهرستان سن دیگو بنا به درخواست سازمان بیمه کننده را اعطا می کنیم.

شما با امضای این فرم، به تمامی برنامه های سلامت رفتاری که شهرستان سن دیگو یا ارائه دهندگان طرف قرارداد آن ارائه می دهند مجوز می دهید صورت حساب خدمات ارائه شده را برای بیمه شما صادر کنند. یک کپی از این مجوز انتشار برای هر برنامه ای در شهرستان سن دیگو که از آن خدمات دریافت می کنید ارسال خواهد شد.

تاریخ _____ امضای بیمار/مشتری _____

تاریخ _____ امضا بیمه گذار _____

شهرستان سن دیگو
سازمان خدمات انسانی و سلامت
خدمات سلامت رفتاری

واگذاری مزایا

Persian (Farsi_Dari) Rev 12-2024

مشتری/بیمار: _____

MRN: _____

برنامه: _____