

Condado de San Diego
Agencia de Servicios Humanos y de Salud
Servicios de Salud Conductual

CESIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO MÉDICO Y AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN MÉDICA

Yo/Nosotros _____ Paciente M.R. _____

Asegurado _____ Relación con el Paciente _____

Por este medio cedo/cedemos al condado de San Diego, o a las agencias contratadas por el condado de San Diego, cualquier beneficio de seguro médico cubierto pagadero. (Por favor consulte su póliza de seguro o contacte a su agente de seguros para que le ayude a completar los siguientes datos.)

COMPAÑÍA DE SEGUROS _____

DOMICILIO DE LA COMPAÑÍA _____

NÚMERO DE PÓLIZA _____ CERTIFICADO/NÚMERO DE MEMBRESÍA _____

FECHA DE VIGENCIA _____ CÓDIGO DE INSCRIPCIÓN _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO _____

NÚMERO DEL SINDICATO LOCAL _____

POR FAVOR FIRME EN LOS DOS LUGARES A CONTINUACIÓN

PARA SEGURO DE GRUPO

Además de la información anterior que corresponda, las compañías de seguros deben contar con la siguiente información antes de que se efectúe un pago a una reclamación de seguro.

Nombre del empleador _____

Domicilio del empleador _____

Número de la póliza de grupo _____ Certificación/ Número de membresía _____

Entiendo y estoy de acuerdo en que Yo/Nosotros somos responsables ante el condado de San Diego o agencia contratada de todos los cargos que no sean pagados por este acuerdo o como se determina por el Método Uniforme de Determinación de Habilidad de Pago (UMDAP, por sus siglas en inglés: (*Uniform Method of Determining Ability to Pay*)).

Yo/Nosotros autorizamos que se divulgue información en relación a la atención recibida de los Servicios de Salud Mental del condado de San Diego o de la agencia contratada en el condado de San Diego, como lo solicitó la agencia de seguros.

Al firmar este formulario usted está dando su autorización para que todos los programas de salud conductual que el condado de San Diego proporciona, o sus contratistas, envíen a su compañía de seguros la factura por servicios prestados. Una copia de este formulario de autorización será enviada a cada programa del cual usted recibe servicios y que se encuentre dentro del Condado de San Diego.

Fecha _____ Firma del paciente _____

Fecha _____ Firma del asegurado _____

County of San Diego
Health and Human Services Agency
Behavioral Health Services

ASSIGNMENT OF BENEFITS

Client: _____

MRN: _____

Program: _____