

التحويل لتداول البيانات الطبية و إختيار منافع برنامج التأمين برنامج خدمات الصحة النفسية وكالة الخدمات الصحية و الإنسانية قاطعة سانديغ

أنا/نحن \_\_\_\_\_ رقم المريض \_\_\_\_\_

أسم صاحب عقد التأمين: \_\_\_\_\_ صلة القرابة بالمري

أقر هنا بأنني قد أخترت مقاطعة سان دييغو أو الوكالات المتعاقدة مع مقاطعة سان دييغو، لإستلام أي منافع يدفعها برنامج التأمين الصحي. (يرجى أن تقوم بمراجعة عقد تأمينك أو ممثل شركة التأمين للحصول على المساعدة في تعبئة البيانات التالية.)

إسم شركة التأمين: \_\_\_\_\_

عنوان الشركة: \_\_\_\_\_

رقم عقد التأمين \_\_\_\_\_ رقم الشهادة أو العضوية: \_\_\_\_\_

تاريخ النفاذ: \_\_\_\_\_ رمز الإشتراك: \_\_\_\_\_ تاريخ ميلاد المريض: \_\_\_\_\_

رقم الضمان الإجتماعي للمريض: \_\_\_\_\_

رقم النقابة المحلية: \_\_\_\_\_

**يرجى أن توقع في كلتا الخانتين أدناه**

**خاص بشركات التأمين الجماعية**

يجب على شركات التأمين أن تقدم البيانات التالية، بالإضافة الى البيانات الواردة أعلاه التي قد تنطبق على شركة التأمين، قبل أن يتم دفع مبلغ المطالبة من قبل شركة التأمين.

رقم صاحب العمل: \_\_\_\_\_

عنوان صاحب العمل: \_\_\_\_\_

رقم عقد تأمين المجموعة: \_\_\_\_\_ رقم الشهادة أو

العضوية: \_\_\_\_\_

إنني أعلم و أقر بأنني أتحمل المسؤولية المالية تجاه مقاطعة سان دييغو أو الوكالات المتعاقدة معها إذا لم يتم دفع تكاليف الخدمات المقدمة ضمن هذا العقد أو كما يتم حساب تلك التكاليف بالطريقة المنظمة لتحديد القدرة على الدفع ((Uniform Method of Determining Ability to Pay (UMDAP)).

إنني أخول تداول البيانات المتعلقة بالرعاية المقدمة من قبل مديريةية خدمات الصحة السلوكية في المقاطعة أو من قبل إحدى الوكالات المتعاقدة معها في مقاطعة سان دييغو، عند طلب ذلك من قبل شركة التأمين الصحي.

من خلال التوقيع على هذا النموذج، فإنك تمنح الإذن لجميع برامج الصحة السلوكية في مقاطعة سان دييغو، أو مقدمي العقود التابعين لها، بإصدار فاتورة للتأمين الخاص بك مقابل الخدمات المقدمة. سيتم إرسال نسخة من هذا الإصدار إلى كل برنامج داخل مقاطعة سان دييغو تتلقى منه ا

التاريخ: \_\_\_\_\_ توقيع المريض: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_ توقيع صاحب عقد التأمين: \_\_\_\_\_

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

**ASSIGNMENT OF BENEFITS**

Client: \_\_\_\_\_

MRN#: \_\_\_\_\_

Program: \_\_\_\_\_