

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說明）。

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 Ability 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

Chinese 12-2024

客戶/患者 _____

MRN: _____

計畫: _____