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 필요하면 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 샌디에이고 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 카운티보건복지부행동건강 서비스**수혜자 지정** | **고객/환자:** **MRN:** **프로그램:**  |