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.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 هستم 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 ان 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** | **مشتری/بیمار:**  **MRN‏:**  **برنامه:** |