

**CHỈ ĐỊNH CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM VÀ GIẤY ỦY QUYỀN TIẾT LỘ CHI TIẾT Y KHOA**

Tôi/Chúng tôi \_\_\_\_\_ Bệnh nhân M.R. \_\_\_\_\_

Tên người đứng tên hợp đồng bảo hiểm \_\_\_\_\_ Liên hệ gì với bệnh nhân \_\_\_\_\_

Xin chỉ định cho Quận Hat San Diego, hay các cơ quan hợp đồng với Quận Hạt San Diego, được nhận lãnh bất cứ phúc lợi trả từ bảo hiểm. (Xin vui lòng đưa số hợp đồng hay liên lạc với nhân viên bảo hiểm để được giúp đỡ điền đơn dưới đây)

TÊN CÔNG TY BẢO HIỂM \_\_\_\_\_

ĐỊA CHỈ CÔNG TY \_\_\_\_\_

SỐ HỢP ĐỒNG \_\_\_\_\_

SỐ THẺ HỘI VIÊN \_\_\_\_\_

CÓ HIỆU LỰC NGÀY \_\_\_\_\_ MÃ SỐ GHI DANH \_\_\_\_\_

SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA THÂN CHỦ \_\_\_\_\_

SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA NGƯỜI ĐỨNG TÊN HỢP ĐỒNG \_\_\_\_\_

MÃ SỐ CỦA CÔNG ĐOÀN ĐỊA PHƯƠNG \_\_\_\_\_

***XIN VUI LÒNG KÝ TÊN VÀO HAI CHỖ DƯỚI ĐÂY***

***ĐỐI VỚI NHÓM BẢO HIỂM***

Ngoài những chi tiết bên trên, các hãng bảo hiểm phải có thêm những thông tin dưới đây, trước khi hóa đơn của hãng được trả tiền.

Tên của Chủ Nhân \_\_\_\_\_

Địa chỉ của Chủ Nhân \_\_\_\_\_

Số Hợp đồng của Nhóm Bảo Hiểm \_\_\_\_\_

Số Chứng chỉ/Hội viên \_\_\_\_\_

Tôi hiểu rõ và đồng ý là Tôi/Chúng tôi có trách nhiệm với Quận Hạt San Diego hay Cơ quan có Hợp đồng về những chi phí không được thanh toán căn cứ vào bản thỏa hiệp này hoặc được quyết định của Phương Cách Trả Tiền Dựa Vào Khả Năng (UMDAP). Tôi/Chúng tôi cho phép được tiết lộ chi tiết về việc chăm sóc mà tôi đã nhận tại Dịch Vụ Tâm Thần của Quận Hạt San Diego hay từ một Cơ quan Hợp đồng ở Quận hạt San Diego, dựa vào yêu cầu của Bảo Hiểm.

Khi quý vị ký tên vào đơn này, quý vị sẽ hưởng tất cả quyền lợi về những chương trình thuộc sức khỏe hành vi được cung cấp bởi Quận hạt San Diego, hoặc bởi những nhà thầu, để thanh toán, hoàn trả với bảo hiểm việc phục vụ cho quý vị. Bản sao của đơn này sẽ gửi tới những chương trình hoặc nơi mà quý vị nhận sự phục vụ, chữa trị trong phạm vi Quận hạt San Diego.

Ngày tháng \_\_\_\_\_ Chữ ký của thân chủ \_\_\_\_\_

Ngày tháng \_\_\_\_\_ Chữ ký của người đứng tên hợp đồng \_\_\_\_\_

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

**ASSIGNMENT OF BENEFITS**

Vietnamese Rev 12-2024

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

**MRN:** \_\_\_\_\_

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