**التخويل لتداولالبياناتالطبية و إختيار منافع برنامج التأمين برنامج خدمات الصحة النفسية وكالةالخدماتالصحيةواإلنسانيةقاطعةساندييغ**

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:

تأريخ النفاذ: رمز الإشتراك: تأريخ 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 مديرية خدمات الصحة النفسية في المقاطعة أو من قبل أحدى الوكالات المتعاقدة معها في مقاطعة سان دييغو، عند طلب ذلك من قبل شركة التأمين الصحي.

*بالتوقيع على هذه الإستمارة، فأنك ستقوم بمنح كافة برامج الصحة النفسية المقدمة من قبل مقاطعة سان دييغو، أو المتعاقدين معها، الحق بمطالبة شركة تأمينك الصحي بتكاليف الخدمات التي تم إستخدامها. سيتم إرسال نسخة عن هذه الإستمارة إلى كل برنامج ضمن مقاطعة سان دييغومن البرمامج التي قد حصلت على خدمات منها.*

التأريخ: توقيع المريض:

التأريخ: توقيع صاحب عقد التأمين:

|  |  |
| --- | --- |
| County of San DiegoHealth and Human Services AgencyMental Health Services**ASSIGNMENT OF BENEFITS**HHSA: MHS-071 (03/2006) | **Client:** **MR/Client ID#:** **Program:**  |