



**保險金授權與轉讓**

BHRS - provider billing - 2000 Alameda de Las Pulgas, Suite, 280, San Mateo, CA 94403

保密患者資訊：參見《加州福利與機構法案》第5328節。

客戶姓名：

客戶編號：

**資訊公開和保險金轉讓**

本人在此授權County of San Mateo政府向我的保險公司提供資訊，以便我提出醫療索賠，獲得由本縣行為健康和康復服務部提供的服務補償金。公開的資訊僅限於所需要的資訊，且不超過對所提供服務的一般描述，其中包括就診日期和時長、診斷和臨床醫生的姓名。

本同意書可由簽署人隨時撤銷，除非已根據本同意書採取行動。

本人在此進一步授權保險公司直接向San Mateo行為健康和康復服務部，或其授權的社區心理健康機構支付本應支付給我的所有服務的保險金，但其金額不得超過這些服務的實際成本和/或合理的慣常收費。

如果我收到保險公司的支票，我同意將該支票背書，並將其轉讓給San Mateo行為健康和康復服務部 (Behavioral Health and Recovery Services, BHRS)，地址如上所列。

---

患者 / 被保險人 / 監護人簽名

---

日期

**由Medicare分派的個案**

簽署此表後，您將允許我們代表您向Medicare開立帳單。您無需自行開帳單。本人要求向我或代表我向San Mateo行為健康和康復服務部支付該醫生/供應商為我提供的任何服務的授權Medicare保險金。

本人授權任何醫療資訊持有者將確定這些保險金或相關服務應支付的保險金所需的任何資訊公開給醫療保健金融管理局 (Health Care Financing Administration) 及其代理人。

本人了解我的簽名具有要求付款的效力，並授權公開支付索賠所需的醫療資訊。如果已填妥HCFA-1500索賠表的第9項，我的簽名即授權將資訊公開給保險公司。在透過Medicare分派的個案中，醫生或供應商同意接受以Medicare承運人的收費決定作為全部的費用，而患者只負責自付額、共付額和非承保範圍內服務的費用。共付額和自付額根據Medicare承運人的收費來決定。

您需要支付Medicare所要求的費用或縣政府心理健康服務部 (Mental Health Services) 為您規定的滑動費用兩者中金額較低者。

---

患者 / 監護人簽名

---

日期