



Разрешение и назначение выплат

BHRS - Provider Billing - 2000 Alameda de Las Pulgas, Suite, 280, San Mateo, CA 94403

Конфиденциальная информация о пациенте: см. Закон о социальном обеспечении штата Калифорния, раздел 5328.

Полное имя клиента:

Клиент №:

Раскрытие информации и назначение страховых выплат

Настоящим я уполномочиваю округ San Mateo раскрывать моим страховым компаниям информацию, которая необходима для подачи медицинских исков с целью получения компенсаций за услуги, оказанные Службой охраны поведенческого здоровья и реабилитационных услуг в округе. Информация, которая подлежит разглашению, ограничена объемом запроса и должна содержать только общее описание оказанных услуг, включая даты и длительность посещений, диагноз и имя врача.

Настоящее согласие может быть отозвано нижеподписавшимся в любой момент времени, за исключением случаев, когда действие было инициировано в соответствии с ним.

Настоящим я разрешаю страховым компаниям выплатить напрямую Службе охраны поведенческого здоровья и реабилитационных услуг в округе San Mateo или в пользу ее уполномоченного агента общины по психическому здоровью, любые страховые выплаты, подлежащие выплате мне иным образом за все предоставленные услуги. При этом сумма выплат не должна превышать фактическую стоимость и/или разумную обычную плату за такие услуги.

Если я получу чек от своей страховой компании, я согласен(-на) индоссировать чек и направить его в Службу охраны поведенческого здоровья и реабилитационных услуг (Behavioral Health and Recovery Services, BHRS) округа San Mateo по адресу, указанному выше.

Подпись пациента/застрахованного лица/опекуна

Дата

Назначение выплат по Medicare

После подписания этой формы вы даете нам разрешение выставлять счета Medicare от вашего имени. Вам не потребуется выставлять счета. Я прошу, чтобы оплата одобренных страховых выплат Medicare за любые услуги, оказанные мне этим врачом/поставщиком, была осуществлена либо мне, либо от моего имени Службе охраны поведенческого здоровья и реабилитационных услуг округа San Mateo. Я уполномочиваю любого владельца медицинской информации предоставлять финансовой организации системы здравоохранения и ее агентам любую информацию, необходимую для определения этих выплат или выплат за соответствующие услуги. Я осознаю, что моя подпись означает, что оплата должна быть выполнена, и разрешает разглашение медицинской информации, необходимой для оплаты иска. В случае заполнения пункта 9 иска HCFA-1500 моя подпись означает разрешение на разглашение информации страховой компании. В случае назначения выплат Medicare врач или поставщик соглашается принять определение платы, установленной оператором Medicare, как полную плату, а пациент будет нести финансовую ответственность только за франшизу, доплату и услуги, не покрываемые страховкой. Доплата и франшиза основаны на определении платы оператором Medicare. Вы будете обязаны оплатить меньшую сумму: плата, требуемая Medicare, или скользящая ставка, установленная для вас Службой по охране психического здоровья округа.

Подпись пациента/опекуна

Дата