SAN MATEO COUNTY HEALTH
BEHAVIORAL HEALTH & RECOVERY SERVICES

Autorización y asignación de beneficios

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

Información Confidencial del Paciente: Ver California Welfare and Institutions Code Section 5328.

Nombre de Cliente: Número de Cliente:

Comunicado de información y asignación de beneficios del seguro

Autorizo al condado de San Mateo a enviar la información necesaria a las compañías de seguros, con el fin de presentar una factura médica para recibir el reembolso por servicios prestados por Behavioral Health and Recovery Services del Condado. La información a ser enviada está limitada a lo solicitado y no debe exceder una descripción general de los servicios prestados incluyendo fechas, la duración de las visitas, el diagnóstico y el nombre del médico. Esta autorización está sujeta a la revocación por el/la abajo firmante en cualquier momento, excepto cuando la acción se haya iniciado. Además autorizo a las compañías de seguros a pagar directamente al Departamento de Behavioral Health and Recovery Services del Condado de San Mateo, o al agente autorizado de salud mental de la Comunidad, cualquier beneficio que de otra manera sea pagadero a mí por todos los servicios prestados, pero sin exceder el costo real y/o los cargos razonables habituales por tales servicios.

En el caso de que reciba un cheque de mi compañía de seguros, estoy de acuerdo en aprobar el cheque y remitirlo al Condado de San Mateo BHRS a la dirección arriba mencionada.

Firma del / la Paciente / asegurado / guardian

Fecha

Asignación de Medicare

Al firmar este formulario usted nos permitirá facturar a Medicare en su nombre. No facturación de su parte será necesaria. Solicito que el pago de beneficios autorizados por Medicare sean hechos a mi, o en mi nombre a al Departamento de Behavioral Health and Recovery Services del Condado de San Mateo, por cualquiera de los servicios médicos prestados por dicho Doctor/proveedor. Autorizo a cualquier administrador de información médica para enviar a la Administración financiera de Cuidados de Salud y sus agentes toda la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se haga el pago, y autoriza el envío de información médica necesaria para pagar la factura. Si la sección número 9 del formulario HCFA-1500 está completa, mi firma autoriza el envío de la información a la compañía de seguros. En los casos asignados a Medicare, el médico o el proveedor se compromete a aceptar la determinación de pago de la compañía portadora de Medicare como pago completo, y el paciente es responsable sólo por el deducible, el co-pago y los servicios no cubiertos. Co-pago y deducible se basan en la determinación de pagos de Medicare. Se espera que usted pague la cantidad más baja de lo que Medicare requiere, o de los honorarios establecidos para usted por el Departamento de Behavioral Health and Recovery Services del Condado de San Mateo.

Firma del / la Paciente / Guardián

Fecha