**ON AGENCY LETTERHEAD**

**تفويض التأمين الصحي وتخصيص المزايا المغطاة**

أقر أنا، \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )،

 *اسم العميل/ة رقم تعريف العميل/ة بإدارة الصحة النفسية*

بموجب هذا المستند، بتفويض [AGENCY NAME] للإفصاح عن المعلومات المطلوبة في النموذج المرفق لمطالبة التأمين الصحي بدفع النفقات.

**التوقيع** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **التاريخ** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

وبموجب هذا التوقيع أخصص الدفع وأسمح به عن جميع المزايا بشكل مباشر إلى [AGENCY NAME].

**التوقيع** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**إخطار لشركة التأمين الصحي:**

*يُرجى إصدار كافة شيكات الدفع لكي تُصرَف لاسم* **[AGENCY NAME]** *ثم إرسالها بريديا إلى:*

[Agency Name]

[Street Address 1]

[Street Address 2]

[City], CA [ZIP code]

AGENCY TAX ID

**رقم تعريف الضرائب الفيدرالي Federal Tax I.D. Number:**

للأسئلة والاستفسارات، يُرجى التواصل مع [Agency Billing Office]

* بريد إلكتروني: [Billing Office/Contact e-mail]
* هاتف: [Billing Office phone number]