



**COUNTY OF SAN LUIS OBISPO HEALTH AGENCY
BEHAVIORAL HEALTH DEPARTMENT**

Explicación de Costo y Acuerdo

Su proveedor le explicará el costo de los servicios en detalle. En algunos casos, usted debe pagar una tarifa razonable por los servicios que recibe. Póngase en contacto con su proveedor ó con la oficina de facturación at (805) 781-4702 de inmediato si:

- Si no puede pagar la tarifa ó si sus ingresos/la cantidad de personas que dependen de su ingreso cambian
- Usted obtiene (o pierde) seguro privado
- Usted obtiene (o pierde) Medi-Cal
- Recibe o pierde su seguro médico o Medi-Cal

Medi-Cal Completa (puede incluir Medi-Medi)

Nosotros aceptamos Medi-Cal Completa como pago completo, **siempre y cuando usted siga siendo elegible.**

Si pierde Medi-Cal, usted debe pagar por sus servicios. Por favor informe a su proveedor lo mas pronto possible para que podamos ayudarlo a recuperar Medi-Cal ó para establecer sus tarifas.

Medi-Cal con Costo Compartido (SOC) (puede incluir Medi-Medi)

Algunos tipos de Medi-Cal tienen una participación mensual del costo que se debe pagar antes de que Medi-Cal cubra el costo del tratamiento. Todos los servicios que recibe de todos los proveedores que se ve se aplicarán hacia su parte del costo. Llame a la Oficina de Facturación al 781-4702 para aprender acerca de cómo ayudamos con su parte del costo o hable con su Técnico de Elegibilidad en el Departamento de Servicios Sociales para ver si usted califica para Medi-Cal que no tiene costo compartido.

Costo Compartido Pago Mensual: _____

UMDAP significa método uniforme de determinar la capacidad de pago, y es como una escala de tarifas. UMDAP pone un límite a cuánto se espera que pague una familia. Determinamos su UMDAP de una fórmula dada a nosotros por el Estado que se basa en sus ingresos y tamaño de la familia. Es un "deducible" que cubre a usted y su familia inmediatamente sin importar el número de visitas por un año. Nunca se le pedirá que pague más que su UMDAP, incluso si sus servicios sean más caros. Si sus servicios cuestan menos que su UMDAP, sólo tendrá que pagar el costo de los servicios. Usted puede pagar toda la cuenta o hacer pagos mensuales. Su UMDAP se puede restablecer si su ingreso disminuye o si más personas dependen de sus ingresos.

Client Name: _____ Client Number: _____

Please note, transportation costs are not covered by your UMDAP, it is your responsibility to pay for any uncovered transportation costs.

Medi-Cal Restringido/Emergencia

Medi-Cal restringido o de emergencia sólo paga por ciertos servicios de emergencia. Su proveedor completará un UMDAP con usted para determinar su responsabilidad por el costo de los otros servicios que recibirá.

Medicare sólo u Otros Seguros Privados

Medicare o seguros privados pueden pagar una parte del costo de su tratamiento. Su proveedor completará un UMDAP con usted para determinar su responsabilidad por el costo de los otros servicios que recibirá. Por favor, este seguro de que recibimos una copia de ambos lados de su tarjeta de Medicare o Seguro Privado.

Ninguna fuente de financiación conocido / Pago por Usted Mismo

Su proveedor completará un UMDAP con usted para determinar su responsabilidad por el costo de los otros servicios que reciba.

Su UMDAP es: \$ _____

Su período anual comienza: _____ y termina: _____

Estoy de acuerdo en pagar mi deducible (UMDAP):

Completo hoy o en mi próxima visita

Completo hoy o en mi próxima visita

Hacer un pago de \$ _____ cada mes

Mi firma a continuación confirma mi comprensión del costo de los servicios.

Firma del Cliente/Persona: _____

Fecha: _____

Responsable:

Staff Witness Signature: _____

Fecha: _____

Supervisor's Signature: _____

Fecha: _____

Required when UMDAP is needed

Client Name: _____

Client Number: _____