



CONDADO DE SAN LUIS OBISPO

DEPARTAMENTO DE SALUD Y BIENESTAR

EXPLICACIÓN Y ACUERDO DE COSTOS CON EL PACIENTE

Su proveedor le explicará el costo de los servicios. En algunos casos, debe pagar un cargo razonable por los servicios que recibe. Comuníquese con su proveedor o con la oficina de Facturación al (805) 781-4702 de inmediato si:

- Usted no puede pagar sus cargos
- Sus ingresos/la cantidad de personas dependientes de sus ingresos cambian
- Obtiene (o pierde) un seguro privado
- **Obtiene (o pierde) Medi-Cal**

☐ **Medi-Cal Completo (puede incluir Medi-Medi)**

Aceptamos Medi-Cal completo (Full Scope Medi-Cal) como pago total si **sigue siendo elegible**. Si pierde su Medi-Cal, debe pagar por los servicios. Avise a su proveedor lo antes posible para que podamos ayudarle a recuperar su Medi-Cal o establecer los cargos.

☐ **Otras Fuentes de Financiamiento-Servicios de Alcohol y Drogas solamente**

Servicios de Tratamiento de Alcohol y Drogas reciben dinero de subvenciones o son contratados por otras agencias para prestar servicios sin costo alguno para usted mientras esté inscrito en programas específicos. Si también tiene Medi-Cal en San Luis Obispo, se facturará primero a Medi-Cal. Referimientos del Condado: AB109, Probación, Corte Superior, Departamento de Servicios Sociales (DSS), Servicios de Bienestar de Menores, Corte de Tratamiento Familiar, Servicios de Tratamiento para Jóvenes.

☐ **Otras Fuentes de Financiación- Salud Mental Solamente**

Programas financiados por la Ley de Servicios de Salud Mental (BHSA)- Alcance a la Comunidad Latina, Tratamiento Comunitario Asertivo (ACT)/ Gestión Intensiva de Casos (ICM), Programa Integral de Apoyo (HFW).

Referimiento del Centro de Defensa de los Niños – Servicios para Jóvenes tiene un contrato para brindarle servicios sin costo alguno.

☐ **Medi-Cal Costo Compartido (SOC) (Puede incluir Medi-Medi)**

Algunos tipos de Medi-Cal tienen un costo compartido mensual que debe pagar antes de que Medi-Cal cubra el costo del tratamiento. Los servicios que recibe de cada proveedor se aplican a su costo compartido. Llame a la oficina de Facturación al 781-4702 para obtener información sobre cómo le ayudamos con su costo compartido o hable con su técnico de elegibilidad en el Departamento de Servicios Sociales para ver si califica para Medi-Cal Completo, que no tiene costo compartido.

Su costo compartido mensual es: \$_____

Nombre del Cliente: _____ Número de Cliente: _____

BH Cost Agreement 7.23.2026

Tenga en cuenta que los gastos de transporte no están cubiertos por su UMDAP; es su responsabilidad pagar cualquier gasto de transporte no cubierto o no relacionado con servicios médicos.

☐ Medi-Cal restringido o Solo para emergencias

Medi-Cal de emergencia o restringido solo cubre ciertos servicios de emergencia. Su proveedor completará un formulario UMDAP con usted para determinar su responsabilidad en el costo de los demás servicios que reciba.

☐ Medicare solamente o Seguro privado

Medicare o su seguro privado podrían cubrir una parte del costo de su tratamiento. Su proveedor completará un formulario UMDAP con usted para determinar qué parte del costo de los demás servicios que reciba deberá asumir usted. Por favor, asegúrese de que recibamos una copia de ambos lados de su tarjeta de Medicare o de su seguro.

☐ Sin fuente de financiación conocida / Pago por cuenta propia

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

Comienza el período anual el _____ y termina el: _____

Mi firma a continuación confirma que comprendo el costo de los servicios.

Cliente o Persona Responsable

Firma de Persona: _____ Fecha: _____

Firma del testigo del personal: _____ Fecha: _____

Nombre del Cliente: _____ Número de Cliente: _____

BH Cost Agreement 7.23.2026