

A.  County of San Luis Obispo Behavioral Health Department

B. Nombre de Cliente:

C. Numero de record:

---

## Notificación Anticipada de no Cobertura al Beneficiario (ABN)

**D: Por lo general, Medicare paga los servicios de salud mental que aparecen en negro abajo, en seccion F, cuando son proporcionados por un médico, un psicólogo o un LCSW.** Medicare no lo paga todo, ni siquiera algunos cuidados que usted o su proveedor de cuidado tengan motivo suficiente para pensar que sea necesario. Esperamos que Medicare no pague algunos de los servicios de la sección F.

**E: Medicare no paga los servicios de MH proporciono por LPT, LVN, LMFT o LPCC.**

(Si tiene Medicare y Medi-Cal, los servicios proporcionados por esta categoría de personal pueden facturarse a Medi-Cal. Si sólo tiene Medicare, se le pueden facturar hasta la cantidad que usted acordó, en el Acuerdo de Costos del Cliente con el Departamento de Salud Mental).

### F: Costo Estimado

(El coste por servicio abajo representa una estimación de una hora completa del servicio indicado. Si un servicio es proporcionado en menos de una hora, el costo sera distribuido.

**Descripciones de servicios (Servicios recomendados para usted estan marcados debajo):**

**Evaluación \$81.62-\$313.61 presupuesto aproximado por 15 minutos dependiendo de la licencia del proveedor.**

(Evaluación de necesidades de salud mental, elegibilidad para servicios y recomendaciones de tratamiento.)

**Soporte de medicamentos \$140.65-\$ 313.61 presupuesto aproximado por 15 minutos dependiendo de la licencia del proveedor.**

(Según sea necesario, el personal médico lo ayudará a obtener y tomar los medicamentos recetados.)

**Manejo de Casos \$ 57.37-\$355.42 presupuesto aproximado por 15 minutos dependiendo de la licencia del proveedor.**

(Le ayudamos a solicitar o mantener los recursos de la comunidad.)

**Terapia Individual \$163.23-\$ 627.31 presupuesto aproximado por 30 minutos dependiendo de la licencia del proveedor.**

(Psicoterapia uno a uno, con un profesional licenciado.)

**Terapia de grupo \$18.14-\$ 69.69 presupuesto aproximado por 15 minutos dependiendo de la licencia del proveedor.**

(Un grupo dirigido por un terapeuta para el apoyo social, educación y el desarrollo de habilidades de afrontamiento.)

**Terapia Familiar \$272.06 -\$ 1,045.35 presupuesto aproximado por 50 minutos dependiendo de la licencia del proveedor.**

(Un terapeuta lo ayuda con sus relaciones familiares para apoyar su bienestar.)

**Desarrollo de planes \$ 229.47-\$1,254.42 presupuesto aproximado , por lo menos, de 20 minutos dependiendo de la licencia del proveedor.**

(Trabajamos con usted en un plan para que alcance sus metas de salud mental.)

**Rehabilitación Individual \$ 12.75-\$ 313.61 presupuesto aproximado por 15 minutos dependiendo de la licencia del proveedor.**

(Asesoramiento individual sobre habilidades de vida.)

**Rehabilitación Grupal \$157.37-\$313.61 presupuesto aproximado por 15 minutos dependiendo de la licencia del proveedor.**

(Enseñanza sobre bienestar y recuperación con apoyo grupal e interacción.)

**LO QUE NECESITA HACER AHORA:**

- Lea este aviso para poder tomar una decisión informada sobre sus cuidados/servicio.
- Háganos las preguntas que tenga después de terminar de leer.
- Elija una opción sobre si desea recibir los servicios seleccionados de la lista debajo.

**Nota:** Si elige las opciones 1 ó 2, podemos ayudarle a utilizar cualquier otro seguro que tenga, pero Medicare no puede obligarnos a hacer esto.

<b>G. OPTION: Marque solo una casilla. Nosotros no Podemos elegir una casilla por usted.</b>
<b>OPTION 1.</b> Quiero los servicios seleccionados de la list anterior. Puede solicitar que se le page ahora, pero también quiero que se facture a MediCare por una decisión oficial sobre el pago, que se me envía en un Resumen de Medicare (MSN). Entiendo que si Medicare no paga, soy responsable del pago, pero puedo Apelar a Medicare siguiendo las instrucciones en el MSN. Si Medicare paga, me reembolsará cualquier pago que le haya hecho, menos los copagos o deducibles.
<b>OPTION 2.</b> Quiero los servicios seleccionados de la lista anterior, per no factura a Medicare. Puede solicitar que se le pague ahora ya que soy responsable del pago. No puedo Apelar si no se factura a Medicare.
<b>OPTION 3.</b> No quiero los servicios sleccionados de la lista anterior. Entiendo que con esta elecció no soy responsable de pago y no puedo Apelar para ver si Medicare pagaría.

**H. Información adicional**

**Este aviso da nuestra opinión, no es una decisión oficial de Medicare.** Si tiene otras preguntas sobre este aviso o la facturación de Medicare, llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048). Si firma a continuación significa que ha recibido y comprendido este aviso. Puede solicitar que le envíen una copia.

<b>I. Firma :</b>	<b>J. Fecha :</b>
-------------------	-------------------

**Tiene derecho a recibir la información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, Braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si cree que ha sido discriminado. Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)**

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0566. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima en una media de 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.