



**CONDADO DE SAN LUIS OBISPO AGENCIA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD & BIENESTAR**

EXPLICACIÓN DE COSTO & ACUERDO

Su proveedor le explicará el costo de los servicios en detalle. En algunos casos, usted deberá pagar una tarifa razonable por los servicios que recibe. Contacte a su proveedor o a la oficina de facturación al (805) 781-4702 de inmediato si:

- No puede pagar la tarifa
- Sus ingresos/ o la cantidad de dependientes que dependen de usted cambia
- Usted obtiene (o pierde) seguro médico privado
- **Recibe o pierde el seguro de Medi-Cal**

Medi-Cal Completo (puede incluir Medi-Medi)
Nosotros aceptamos Medi-Cal Completo como pago, **siempre y cuando usted siga siendo eligible**. Si pierde Medi-Cal, usted debe pagar por sus servicios. Por favor informe a su proveedor lo más pronto posible para que podamos ayudarlo a recuperar Medi-Cal o para establecer sus tarifas

Otras Fuentes de Financiación (8500)
Referencias del condado: AB109, Libertad condicional, Tribunal Superior, Departamento de Servicios Sociales (DSS), Servicios de Bienestar Infantil, Tribunal de Tratamiento Familiar, Servicios de Tratamiento para Jóvenes, Referencias Escolares y Referencias del Programa de Manejo Bajo la Influencia (DUI). Los Servicios de Prevención y Tratamiento de Alcohol & Drogas reciben dinero de una subvención del gobierno o son contratados por otras agencias para brindarle servicios sin costo mientras esté inscrito en programas específicos. Si también tiene Medi-Cal en San Luis Obispo, su Medi-Cal será facturado primero.

Medi-Cal con Costo Compartido (SOC) (puede incluir Medi-Medi)
Algunos tipos de Medi-Cal tienen una participación mensual de costo que se debe pagar antes de que Medi-Cal cobre el costo del tratamiento. Los servicios que recibe de todos los proveedores que ve serán aplicados por 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 califica para el Medi-Cal que cubre todo el costo.

El Pago Mensual de Costo Compartido es: \$_____

UMDAP significa Método Uniforme para Determinar la Capacidad de Pago, por sus siglas en inglés a través de una escala de tarifas proveída por el Estado y basado en su ingreso y el tamaño de la familia. UMDAP es una tarifa deducible anual que lo cubre a usted y a su familia inmediata sin importar el número de visitas. Nunca se le pedirá que pague más que su UMDAP, incluso si sus servicios cuestan más. Si sus servicios cuestan menos que su

Client Name: _____ Client Number: _____

UMDAP, solo 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.

Tenga en cuenta que los costos de transportación no están cubiertos por UMDAP y es su responsabilidad pagar cualquier otro costo de transporte no cubierto.

Medi-Cal Restringido/Emergencia

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

Medicare solo 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, esté seguro de que recibamos 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 costo anual UMDAP ("Deducible") es: \$_____

Su periodo anual comienza: _____y termina: _____

Estoy de acuerdo en pagar mi deducible (Por favor marque uno):

Pago completo hoy o en mi próxima visita

Haciendo pagos mensuales de \$_____

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

Firma de Cliente/Persona

Responsable: _____ Fecha: _____

Firma del Personal como Testigo: _____ Fecha: _____

Firma del Supervisor: _____ Fecha: _____

Requerida cuando se necesita UMDAP

Client Name: _____ Client Number: _____