



AGENCIA DE SALUD DEL 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 (8500)

Referimientos del Condado: AB109, Probación, Corte Superior, Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS), Servicios de Bienestar de Menores, Corte de Tratamiento Familiar, Servicios de Tratamiento para Jóvenes, referimientos escolares y referimientos del Programa de Conducción Bajo la Influencia (DUI). Los Servicios de Prevención y 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.

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 Paciente: _____ Número de Paciente: _____

Acuerdo de costos de BH 7-1-23

El período anual comienza _____ termina: _____

Mi firma de abajo confirma mi comprensión del costo de los servicios.

Firma del paciente o persona responsable: _____ Fecha: _____

Firma del testigo del personal: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Número de Paciente: _____

Acuerdo de costos de BH 7-1-23