

COLUSA COUNTY DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH

Client Financial Review Form

BILLING OF SERVICES AND ASSIGNMENT OF BENEFITS

You have or will be receiving services provided by Colusa County Behavioral Health ("CCBH"). We are a county agency and rely upon Federal, State, County, client and other funding sources to pay for the services we offer. Depending on your financial resources and available benefits, you may be responsible to pay for some or all of the fees associated with the services provided to you. Because of this, every consumer who receives services is asked to complete a Financial Review Form. Based on the information you provide to us, we will determine an amount that would be your maximum annual liability for payment for services. This determination will consider your Family size, Monthly Income, Total Assets and Allowable Deductions and will follow the California Department of Mental Health's Uniform Method of Determining Ability To Pay (UMDAP). Verification of the information will be required, as needed. The Annual Liability can either be paid in full or on a monthly basis. The method of payment will be determined when the Annual Liability amount is set. The Annual Liability will be updated every twelve months. If more than one person in the family receives services, all will be covered by one Annual Liability amount. As long as your financial situation remains the same, you will never be obligated for more than your Annual Liability, even if the cost of your care may be higher.

If you are on **Medi-Cal without a Share of Cost**, you will not be charged the Annual Liability. However, if you go off of **Medi-Cal**, Behavioral Health will bill you in accord with your Annual Liability. If you are on **Medi-Cal with a Share of Cost**, you will be responsible for paying the Share of Cost up to the Annual Liability amount.

If you have **Medicare and/or Private Insurance**, these third parties will be billed for the services provided. If the full amount is not paid by the third party and you do not also have Medi-Cal, you will be responsible for the remainder of the cost up to your Annual Liability amount. **Medicare covers only certain services provided by Medicare certified clinicians and private insurance often covers only a limited number of services.** If your Private insurance is a supplement to Medicare, it will follow the Medicare rules. Consequently, even if you have third party coverage, you could still be liable for payment up to the Annual Liability amount.

If you have **Medicare and Medi-Cal:**

a) without a Share of Cost, and your services are not fully covered by Medicare, the services will then be billed to Medi-Cal. You will not be responsible for the cost.

b) with a Share of Cost, and your services are not fully covered by Medicare, you are not considered to be on Medi-Cal until the Share of Cost is met and we must collect your Share of Cost up to the Annual Liability amount before billing Medi-Cal.

If you are covered by any insurance/benefit plan, you must give us the right to bill and receive payment for services provided to you by signing the authorization and acknowledgement below.

AUTHORIZATION AND ACKNOWLEDGEMENT

I understand and accept that I am financially responsible for all services provided by Colusa County Behavioral Health up to the Annual Liability amount. I authorize CCBH to release to my insurance company or other third party payor any personal or medical information necessary to determine benefits and/or for the processing of claims for payment. I also authorize payment of medical benefits by any third party insurer/payor to CCBH for services rendered. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original.

I agree to provide all necessary insurance/benefit information to Colusa County Behavioral Health for the processing of claims for services rendered to me.

I acknowledge that I have read, understood and agree to the billing policies above.

Client Signature _____

Date: _____

Confidential Patient Information - See California Welfare and Institutions Code Section 5358

COLUSA COUNTY DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH

NAME _____

Client Cost/How Billed

CLIENT NO: _____

CONDADO DE COLUSA DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

Formulario de Revisión Financiera del Cliente

FACTURACIÓN DE SERVICIOS Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Usted tiene o va a recibir servicios de salud conductual del Condado de Colusa ("CCBH"). Somos una agencia de condado y confiar en federales, estado, Condado, cliente y otras fuentes de financiación para pagar por los servicios que ofrecemos.

Dependiendo de sus recursos financieros y beneficios disponibles, puede ser responsable de pagar para algunos o todos los cargos asociados a los servicios proporcionados a usted. Debido a esto, cada consumidor que recibe servicios se le pide que complete un formulario de informe financiero. Basada en la información que usted nos proporciona, nosotros determinaremos una cantidad que sería su máxima responsabilidad anual por pago de servicios. Esta determinación tendrá en cuenta el tamaño de su familia, ingreso mensual, Total de activos y las deducciones permitidas seguidas por California Departamento de Salud Mental de uniforme método de determinación de capacidad a pagar (UMDAP). Verificación de la información se requerirá, según sea necesario. La responsabilidad anual puede pagarse en su totalidad o sobre una base mensual. El método de pago se determinará cuando se establece el monto de la obligación anual. La obligación anual se actualizará cada doce meses. Si más de una persona en la familia recibe servicios, todos serán cubiertos por un monto de la obligación anual. Como su situación financiera sigue siendo el mismo, nunca se le obligará más que su responsabilidad anual, aunque el costo de su atención puede ser mayor.

Si estás en **Medi-Cal sin una parte del costo**, no se le aplicará la responsabilidad anual. Sin embargo, si vas de **Medi-Cal**, salud mental le facturará de acuerdo con su responsabilidad anual. Si estás en **Medi-Cal con una parte del costo**, usted será responsable de pagar la cuota de los costos hasta el monto de la obligación anual.

Si usted tiene **Medicare o seguro privado**, estos terceros se le cobrará por los servicios prestados. Si no se paga el importe total por el tercero y también no tiene Medi-Cal, usted será responsable por el resto de los gastos hasta el monto de la obligación anual. **Medicare cubre sólo determinados servicios prestados por certificados médicos de Medicare y seguros privados a menudo cubre solamente un número limitado de servicios.** Si su Seguro privado es un suplemento a Medicare, seguirán las reglas de Medicare. En consecuencia, incluso si tienes cobertura de terceros, usted podría todavía ser responsable pago hasta el monto de la obligación anual.

Si tienes **Medicare y Medi-Cal:**

a) sin una parte del costo, y sus servicios no están totalmente cubiertos por Medicare, los servicios se facturarán luego a Medi-Cal. Usted no será responsable por el costo.

b) con una parte del costo, y sus servicios no son cubiertos por Medicare, no se consideran estar en Medi-Cal hasta la parte del costo se cumple y debemos recoger su parte del costo, hasta el monto de la obligación anual antes de facturación Medi-Cal.

Si no están cubierto por ningún plan de seguro y beneficios, usted nos da el derecho de facturar y cobrar por los servicios prestados a usted mediante la firma de la autorización y el reconocimiento a continuación.

AUTORIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO

Entiendo y acepto que soy financieramente responsable por todos los servicios de salud conductual del Condado de Colusa hasta el monto de la obligación anual. Autorizo a CCBH para liberar a mi compañía de seguros o a otro tercero pagador cualquier información personal o médica necesaria para determinar los beneficios o para la tramitación de las solicitudes de pago. También autorizo el pago de las prestaciones médicas por cualquier asegurador/pagadores de terceros a CCBH por los servicios prestados. Permito una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original.

Estoy de acuerdo en proporcionar toda la información necesaria de seguro y beneficios al Condado de Colusa Departamento de Salud Mental para el procedimiento de reclamaciones por servicios prestados a mí.

Reconozco que he leído, entendido y aceptado las políticas de facturación anteriores.

Firma del cliente _____ Fecha: _____

Información paciente confidencial - ver California bienestar e instituciones código 5358

CONDADO DE COLUSA DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

NOMBRE _____

Cliente cómo costo factura

CLIENTE NO: _____