STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY

GEORGE DEUKMEJIAN, Governor

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
4/744 P STREET
CRAMENTO, CA 95814
(916) 445-1912

March 27, 1985

To: All County Welfare Directors
County Administrative Officers

Letter No. 85-24

CHANGES IN COPAYMENT FOR MEDICAL SERVICES

The enclosed beneficiary notice is being sent out with all April 1985 Medi-Cal cards. The notice is self-explanatory. It describes how beneficiaries are affected by new State law, Chapter 1260, Statutes of 1984 (SB 2242) requiring copayment. The new law, in essence continues the copayment program that has been in effect since May 10, 1982 with some adjustments to conform to current federal requirements. Any questions should be directed to Terri Stackpole, Department of Health Services, Benefits Branch, at (916) 324-2496.

Sincerely,

Original signed by

Doris Z. Soderberg, Chief
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosure

cc: Medi-Cal Liaisons
Medi-Cal Program Consultants

Expiration Date: June 30, 1985

CHANGES IN COPAYMENT FOR MEDICAL SERVICES

A state law effective May 10, 1982, required many Medi-Cal recipients to pay a small amount of money each time they get a medical service or prescribed drug. This is called a "copayment." A new law, which will be implemented April 10, 1985, changes some of these requirements. You should read this carefully to know when you may have to make a copayment. No copayment is required for: Any person age 18 or under; any women receiving perinatal care (services during pregnancy and the month following birth); family planning services; emergency services; any person who is an inpatient in a health facility; or for children living in boarding homes or institutions for foster care. If the Medi-Cal provider reimbursement rate is $10 or less (your provider is familiar with these rates), you do not have to make a copayment. The copayment is collected by your provider at the time the service is rendered. Providers also have the option of not collecting copayment. A provider cannot deny medical services because you cannot make the copayment; however, you will be liable to the provider for any copayment amount owed.

The following information will tell you when you may have to make copayment.

1. You must pay $3 for any nonemergency service received in a hospital emergency room. To avoid this charge, you should go to the emergency room only when you believe it is necessary that you urgently require immediate medical attention. If the doctor decides that your visit was not really an emergency, you will have to pay $3. If you need prompt medical care but it is not truly an emergency, you should contact your physician or local outpatient clinic.
2. You must pay $1 per visit for the following outpatient services: physician, hospital or clinic outpatient, surgical center, optometric, chiropractic, psychology, podiatric, occupational therapy, physical therapy, speech therapy, audiology, acupuncture, and dental.
3. You must pay $1 for each drug prescription or refill, unless you are aged 65 or over.

If you have any further questions about whether you have to make a copayment, please call your local county welfare department or the Department of Health Services, Medi-Cal Relations Unit, at (916) 445-0266.

85 [illegible]

CAMBIOS AL COOPERACION EN EL PAGO POR SERVIOS MEDICOS

Una ley del estado efectiva el 10 de mayo de 1982, manda que muchos de los que reciben Medi-Cal paguen una pequeña suma de dinero cada vez que reciben un servicio médico o una medicina. Esto se llama una "cooperación en el pago." Una nueva ley en que va llevar acabo el 10 de abril de 1985, va cambiar esta obligación. Usted debe leer cuidadosamente esta tarjeta para saber cuando puede tener que hacer este pago. Esta contibución en el pago, no se le partenese a personas de 18 años o menos, mujeres que reciben cuidado prenatal (servicios durante el embarazo y el primer mes despues del parto), servicios de planeamento familiar, servicios de emergencia, pacientes en un centro de salud, niños que viven en pensionados o en hogares provisionales. Si el coste pagable de Medi-Cal a su proveedor es $10 o menos (su proveedor esta familiarizado con este coste) usted no tiene que hacer el pago. Esta cooperación en el pago le será cobrada por su proveedor en el momento que recibe el servicio. El proveedor tiene la opción de no cobrarle esta contribución. El proveedor no puede negarle servicios si usted no puede hacer el pago, pero usted esta responsable por la cooperación en el pago que Ud. le debe al proveedor.

La siguiente información es para decirle cuando Ud. tiene que hacer cooperación en el pago.

1. Usted debe pagar $3 por cualquier servicio que no es de emergencia pero que lo recibe en la sala de emergencia de un hospital. Para evitar este pago, Ud. debe ir a emergencia sólo cuando cree que necesita urgentemente atención médica inmediata. Si el doctor determina que su visita no era realmente una emergencia, Ud. puede tener que pagar $3. Si Ud. necesita atención médica inmediata, pero que no es verdaderamente una emergencia, Ud. debe ponerse en contacto con su médico o con la clínica local para pacientes externos (pacientes no hospitalizados).

2. Usted debe pagar $1 por visita a los siguientes servicios para pacientes externos, médico, hospital o clínica para pacientes externos, centros quirúrgicos, optometría, quiropráctica, psicología, podiatría, terapia ocupacional, terapia física, terapia del lenguaje, del oído, acupuntura y servicio dental.

3. Usted debe pagar $1 por cada medicina prescrita, con excepción de las personas de 65 años de edad o más.

Si Ud. tiene preguntas acerca de si tiene que hacer un pago o no, por favor llame a su departamento local de bienestar del condado o al Departmento de Servicios de Salud, Centro de Relaciones de Medi-Cal (Department of Health Services, Medi-Cal Relations Unit) at (916) 445-0266.