'ATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY GEORGE DEUKMEJIAN, Governor

)EPARTMENT OF HEALTH SERVICES
4/744 P STREET
ACRAMENTO, CA 95814

February 18, 1986

To: All County Welfare Directors
County Administrative Officers

Letter No. 86-6

CHANGES IN COPAYMENT FOR MEDICAL SERVICES

The enclosed beneficiary notice is being sent out with all May 1986 Medi-Cal cards. The notice is self-explanatory. It describes two changes to the copayment program. The increase from a $3 to $5 copayment for nonemergency services provided in an emergency room is to conform to state law, under a recently granted waiver obtained from Health Care Financing Administration (HCFA). HCFA has also informed the Department that it may not exempt persons age 65 and over from copayment requirements for prescription drugs.

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: May 1987

may

ive April 1, 1986 there will be two changes to copayment for Cal beneficiaries:

ersons aged 65 and over will now have to pay $1 for each drug prescription or refill.

The copayment for nonemergency services received in a hospital me ency room will be raised from $3 to $5.

th refully to know when you may have to make a copayment. n health care plans do not require copayment. Your plan can give more information. Also, no copayment is required for: Any age 18 or under, any woman receiving services during pregnancy ling the month following birth, persons receiving family planning ergency services, any person who is an inpatient in a health y, or children living in boarding homes or in foster care. If the Cal provider reimbursement rate is $10 or less (your provider is ar with these rates), you do not have to make a copayment. The ment is collected by your provider at the time the service is ed. Providers also have the option of not collecting copayment. A ler cannot deny medical services because you cannot make the ment; however, you will be liable to the provider for any ment amount owed.

ollowing information will tell you when you may have to make ment.

ou must pay $5 for any nonemergency service received in a ospital emergency room. To avoid this charge, you should go to he emergency room only when you urgently require immediate edical attention. If the doctor decides that your visit was not v an emergency, you will have to pay $5. If you need prompt cal care but the situation is not truly an emergency, you hould contact your physician or local outpatient clinic.

ou must pay $1 per visit for the following outpatient services: hysician, hospital or clinic outpatient, surgical center, ptometric, chiropractic, psychology, podiatric, occupational erapy, physical therapy, speech therapy, audiology, acupunc- ure, and dental.

ou must pay $1 for each drug prescription or refill.

have any further questions about whether you must make a nent, please call your local county welfare department.

are dissatisfied with the information they provide, you may t the Department of Health Services, Medi-Cal Program Inquiry rt (916) 445-0266, Monday through Friday between the hours of M. – Noon, and 1 P.M. – 3 P.M.

## SERVICIOS MEDICOS

ir del 1° de abril de 1986 habrá dos cambios de cooperación en el
ara los beneficiarios de Medi-Cal:

as personas de 65 años o más tendrán que pagar $1 por cada
rescripción médica o por la siguiente preparación.

a cooperación en el pago por servicios que no son de emergencia
cil' 'os en la sala de emergencia de un hospital aumentará de $3
$.

debe leer cuidadosamente este aviso para saber cuándo tendrá
cer este pago. Ciertos planes de cuidado para la salud no solicitan
ooperación en el pago. Su plan de salud puede darle a Ud. más
ación. Asimismo, no se exigirá esta contribución en el pago a:
ier persona de 18 años o menos, cualquier mujer que recibe
os durante el embarazo incluyendo el mes después del parto,
as que reciben servicios de planificación familiar o de emergencia,
er persona que es paciente en un centro de salud, o niños que
n pensionados o en hogares provisionales. Si el reembolso que
al paga al proveedor es de $10 o menos (su proveedor está
rizado con estos reembolsos), Ud. no tiene que hacer un pago.
ooperación en el pago le será cobrada por su proveedor al
ito que Ud. recibe el servicio. Los proveedores tienen además la
de no cobrarle esta contribución. El proveedor no puede
servicios médicos si Ud. no puede hacer el pago; sin embargo,
responsable por cualquier cantidad que deba al proveedor

ooperación en el pago.

iente información le indicará a Ud. cuándo tiene que efectuar la
ación en el pago.

ted debe pagar $5 por cualquier servicio que no es de emer-
ncia recibido en la sala de emergencia de un hospital. Para evitar
te pago, Ud. debe ir a emergencia sólo cuando *urgentemente*
cesite asistencia médica. Si el médico determina que su visita no
a realmente una emergencia, Ud. tendrá que pagar $5. Si Ud.
ta atención médica que no es verdaderamente una emer-
, Ud. debe ponerse en contacto con su médico o con una
nica local para pacientes externos.

ted debe pagar $1 por cada visita por los siguientes servicios
ra pacientes externos: al médico, hospital o clínica para
cientes externos; a los centros quirúrgicos; al optometrista,
iropráctico, psicólogo, podiatra; por terapia ocupacional, física
del lenguaje; por servicios auditivos, de acupuntura y dentales.

ted tendrá que pagar $1 por cada receta médica y por la
uiente preparación.

iene más preguntas acerca de que si debe hacer el pago o no, por
ime a su departamento local de bienestar del condado.

no está de acuerdo con la información que le dan, Ud. puede
en contacto con el Departamento de Servicios de Salud, Oficina
untas y Respuestas de Medi-Cal (Department of Health Services,
l Program Inquiry Unit) al (916) 445-0266, de lunes a viernes
A.M. – Mediodía y de 1 P.M. – 3 P.M.