

KEDREN
ACUTE PSYCHIATRIC HOSPITAL
AND
COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTER

4211 SOUTH AVALON BOULEVARD, LOS ANGELES, CALIFORNIA 90011
24 HOUR SERVICE: (323) 233-0425 □ FAX: (323) 432-5186

Acuerdo Financiero Obligatorio

JAMES L. JONES, M.D.
(1926-1971)

JAMES M. WOODS, SR.
Emeritus

CELES KING, III
Emeritus

El Código de bienestar y de las Instituciones de California requieren que una persona que reciba servicios médicos mentales en una facilidad contratada con el Condado de Los Ángeles sea responsable por el costo de los servicios, de acuerdo con sus posibilidades de pago.

CORPORATE
BOARD OF DIRECTORS

DOROTHY TUCKER, Ph.D.
Chairperson

MARCIA MILLS, Ph.D.
Secretary

KATHY GIBBONS, MS
Treasurer

MICHAEL A. CONNOR, BA

CARLITA HESTER, RN

JAKE HUMBER

ROBERT E. LAWSON, CPA

VERA PATTERSON, MS

LUPE ROSS

BRIAN KAMEL, ESQ
Corporate Counsel

FRANK L. WILLIAMS, M.D.
Executive Vice President/
Medical Director

JOHN H. GRIFFITH, Ph.D.
President/CEO

Responsabilidad Anual = \$0.00 basado en su ingreso o cobertura total de Medi-Cal, Sin Costo Compartido.

-0-

Basado en la tarifa de cobro publicada por el Estado de California su reponsabilidad anual por el período de _____ a _____ será de la cantidad de _____ o el costo actual del servicio recibido, cualquiera que sea menos.

Se le requiere notificar inmediatamente a ésta oficina de cualquier beneficio de terceras partes a las que usted pueda ser elegible. Incluyendo Medi-Cal, Medicare, y/o otra cobertura médica como un seguro privado. Cualquier dinero de terceras partes recibido, será aplicado primero al costo actual del servicio recibido y después si es aplicable, a la cantidad restante adeuda.

Hemos acordado en permitirle hacer pagos mensuales para pagar su deuda. Usted está de acuerdo en pagar \$_____ por mes por un período de _____ meses. Su primer pago será en _____ y sus otros pagos los realizará el _____ de cada mes.

En caso de que su deuda anual exceda el costo actual de los servicios recibidos, usted podrá discontinuar sus pagos mensuales. Una vez que el costo actual de los servicios recibidos haya sido pagado en su totalidad.

Firma del cliente

Fecha

Representante de la clínica

Fecha

