

Explicación de la asistencia financiera

El programa de asistencia financiera de Methodist Health System está diseñado para servir a quienes tengan necesidad financiera con equidad, constancia y solidaridad.

Si tiene dificultades para pagar su factura por los servicios, nuestros asesores financieros colaborarán con usted para identificar y explicar las opciones disponibles. Este servicio es gratis y confidencial.

Se requiere su participación en el proceso, incluso un formulario de solicitud completado con la información financiera actual. Se verificará y usará la información que usted proporcione a fin de evaluar su capacidad para pagar su factura.

Las personas que se califiquen para la asistencia financiera recibirán un descuento específico en la factura, hasta un 100 % de descuento por la atención de caridad.

Tomaremos en consideración:

- Sus recursos financieros.
- Sus gastos actuales y/o previstos por los servicios de atención médica en las filiales de Methodist Health System.
- Sus deudas u obligaciones, incluidos los gastos por otros servicios de atención médica, vivienda, transporte, etc.
- Todo recurso de un tercero pagador, como seguro privado y programas de asistencia gubernamentales.

Es importante recordar que usted puede ser elegible para recibir beneficios del gobierno federal o estatal u otros programas de asistencia. La asistencia financiera de Methodist Health System no es un sustituto de esos programas. Nuestros asesores le pueden ayudar con el proceso de inscripción en los servicios y subsidios gubernamentales.

Si no se califica para la asistencia financiera o atención de caridad de Methodist Health System y necesita igualmente asistencia para pagar su factura, nuestros asesores financieros le pueden explicar estas opciones adicionales:

- Plan de pagos mensuales limitado
- Préstamos bancarios con bajos intereses

Methodist Health System no puede entregar asistencia financiera (atención con descuento o de caridad) para la atención dental, medicamentos con receta, anteojos u otros servicios de atención médicos no agudos/sin médico.

Para obtener más información

Para averiguar más detalles acerca de la asistencia financiera de Methodist Health System, llame a la oficina de Servicio al cliente correspondiente que aparece a continuación. Un asesor financiero puede contestar sus preguntas y ayudarle con el proceso de solicitud.

El horario de oficina es de lunes a viernes, desde las 8 a.m. hasta las 4:30 p.m. ovisite www.bestcare.org/financialassistance.

Methodist Hospital Methodist Jennie Edmundson Hospital Methodist Women's Hospital

P.O. Box 2797
Omaha, NE 68103-2797
(402) 354-4230
(888) 485-4494 Fax: (402) 354-6171

Methodist Fremont Health

Attn: Patient Financial Services
450 East 23rd Street
Fremont, NE 68025-2387
(402) 941-7220
Fax: (402) 941-2430

Methodist Physicians Clinic

P.O. Box 3755
Omaha, NE 68103-0755
(402) 354-2100
(888) 852-4480 Fax: (402) 354-6171

Opciones de pago

Aceptamos dinero en efectivo, cheques personales, Visa, MasterCard, Discover o American Express.

Para los pagos de facturas en línea use bestcare.org

Methodist Health System y filiales

Solicitud de Asistencia Financiera



el significado del cuidado.®

Solicitud de asistencia financiera de Methodist Health System

Internal Use Only

 Methodist Hospital Methodist Jennie Edmundson Hospital Methodist Physicians Clinic

(Solo para uso interno) Patient Account Number: _____

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Parte responsable: _____ Núm. Seguro Social: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Empleador: _____ A tiempo completo/parcial Número del trabajo: _____

Ingreso bruto mensual: \$ _____ Duración del empleo _____

Nombre de su cónyuge: _____ Núm. Seguro Social: _____ Ingreso bruto mensual: \$ _____

Empleador: _____ A tiempo completo/parcial Número del trabajo: _____

Otro ingreso de la parte responsable: \$ _____ Otro ingreso del cónyuge: \$ _____

Tamaño de la familia: _____ Ingreso anual bruto familiar: \$ _____ Edad de sus hijos dependientes: _____

BIENES

Efectivo en caja (incluida la cuenta de cheques) \$ _____

Cuenta de ahorro \$ _____

Acciones/Bonos/Fondos de jubilación: \$ _____

Automóvil(es)

Modelo: _____ Año: _____ \$ _____

Modelo: _____ Año: _____ \$ _____

Vivienda: Valor estimado del mercado \$ _____

Otros bienes: _____ \$ _____

Otros bienes: _____ \$ _____

Bienes totales \$ _____

Patrimonio (Bienes - Obligaciones) \$ _____

Se Requiere La Siguiete Prueba De Ingresos Para Procesar Su Solicitud:

- declaraciones de impuestos federales (los últimos años) recibos de sueldo actuales (Parte responsable y cónyuge)

Otra Documentación De Fuentes De Ingresos

- Seguro de la Seguridad Social Asistencia de Veteranos de Guerra (VA) Jubilación ferroviaria
 Manutención de menores Discapacidad Manutención
 Pensiones Pensión alimenticia Seguro de vida
 Workers Comp Asistencia pública Desempleo
 Otro: Favor de indicar _____

Certifico que toda la información provista en esta solicitud es cierta y correcta a mi más leal saber y entender; además otorgo permiso a Methodist Health System para que investigue la información indicada. Entiendo que se utilizará la información a fin de evaluar mi capacidad para pagar por los servicios prestados por Methodist Health System, y para cualquier otro propósito comercial legal de Methodist Health System. Entiendo igualmente que una vez que se haya efectuado la evaluación, tendré 30 días para pagar el saldo restante en su totalidad, de lo contrario mi cuenta se podrá asignar a una agencia de cobranzas externa.

Firma del paciente/parte responsable: _____ Fecha: _____

SE REQUIERE EVIDENCIA DE INGRESOS. Si tiene preguntas acerca de este formulario, llame a Servicio al cliente, de lunes a viernes, desde las 8 a.m. hasta las 4:30 p.m. Los números de teléfono se encuentran al reverso de esta solicitud.

OBLIGACIONES Y PATRIMONIO

Préstamo(s) bancario(s) \$ _____

Total de tarjetas de crédito \$ _____

Hipoteca \$ _____

Alquiler Propietario

Otras obligaciones: _____ \$ _____

Otras obligaciones: _____ \$ _____

Otras obligaciones: _____ \$ _____

Obligaciones totales: \$ _____

GASTOS MENSUALES FIJOS

Facturas médicas \$ _____

Medicamentos con receta \$ _____

Otro \$ _____

Gastos mensuales totales \$ _____