

Comprensión de la Asistencia Financiera

El programa de asistencia financiera de Methodist Health System está diseñado para ayudar a quienes necesiten ayuda económica de forma imparcial, consistente y compasiva.

Si a usted le resulta difícil pagar la cuenta por servicios, nuestro equipo económico trabajará junto a usted para identificar y explicarle las opciones disponibles. Este servicio es gratuito y confidencial.

Necesitaremos de su participación, así como también un formulario de solicitud completo y documentación financiera. La información que provea será utilizada para evaluar la capacidad de pagar sus cuentas.

Es posible que pueda completar la solicitud por teléfono. Llame a uno de los números de atención al cliente mencionados en el folleto para más información.

Aquellos que califiquen para recibir asistencia recibirán un descuento específico en la factura, podrá ser de hasta un 100% en casos de atención de caridad.

Analizaremos:

- Sus recursos financieros.
- Sus gastos por servicios de salud en entidades afiliadas a Methodist Health System.
- Sus deudas en otras instituciones de salud.
- Recursos de pago externos, incluidos seguros privados y programas de asistencia gubernamentales.

Es importante recordar que puede ser elegible en programas federales o gubernamentales actuales u otros programas de asistencia. La asistencia financiera de Methodist Health System no es un reemplazo de estos programas. Nuestros asesores y el programa MASH pueden ayudarlo con el proceso de inscripción para servicios y subsidios gubernamentales.

MASH (Medical Advocacy Services for Healthcare)

Methodist Women's Hospital – 402-815-1117

Methodist Hospital – 402-354-4740

Methodist Jennie Edmundson – 712-396-7246

Los pacientes serán responsables de abonar el copago al momento de recibir el servicio en cualquier visita...

Si tiene alguna duda sobre este formulario, comuníquese con Atención al Cliente de lunes a viernes, 8 a.m. – 5 p.m. o visite www.bestcare.org/financialassistance.

Opciones de pago

Acceptamos efectivo, cheques personales, Visa, MasterCard, Discover y American Express.

Para pagos de factura en línea use

www.bestcare.org/billpay

POR FAVOR, LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ANTES DE FIRMAR Y FECHAR EL DORSO DE ESTA SOLICITUD:

- Se requiere un comprobante de ingresos.
- Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta a mi leal entender, y doy permiso a Methodist Health System para investigar dicha información.
- Entiendo que la información se utilizará para evaluar mi capacidad de pagar los servicios provistos por Methodist Health System, y para cualquier otro objetivo de negocios legítimo y legal que Methodist Health System tuviera.
- Entiendo que cuando la evaluación finalice, tendré 30 días para pagar el total del saldo restante o mi cuenta podrá ser remitida a una agencia de cobro externa.

Methodist Health System
y Afiliados

Solicitud de Asistencia Financiera

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

Atte: Servicios financieros para pacientes
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



METHODIST

The meaning of care.®

Solicitud de Asistencia Financiera de Methodist Health System

Número de cuenta del paciente _____

IMPORTANTE: *Es necesario proporcionar documentación que verifique los ingresos del hogar si desea calificar para obtener asistencia financiera. Esta documentación puede incluir, entre otras: la declaración de impuestos más reciente incluidos todos los calendarios fiscales, un formulario W-2 / 1099 actual, recibo de sueldo actual, una carta de recomendación firmada, aprobación para recibir asistencia pública, carta de beneficios del Seguro social, etc.*

Información del paciente:

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ N.º de Seguro social _____ Fecha de nacimiento _____ Dirección de correo electrónico _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ N.º de Teléfono _____ N.º de Teléfono del trabajo _____

Esposo / Garante / Información de la Persona Responsable (si difiere de la del paciente)

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ N.º de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el paciente _____

Dirección de correo electrónico _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ N.º de Teléfono _____ N.º de Teléfono del trabajo _____

Información del hogar: Por favor, indique todas las personas que viven en el hogar, incluido el solicitante. **Utilice una hoja adicional si es necesario.**

Nombre _____ Relación _____ Fecha de nacimiento _____ Nombre _____ Relación _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Relación _____ Fecha de nacimiento _____ Nombre _____ Relación _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Relación _____ Fecha de nacimiento _____ Nombre _____ Relación _____ Fecha de nacimiento _____

Empleo / Ingresos y gastos del hogar:

Empleador del paciente/garante: _____ Ingreso bruto mensual: \$ _____ (**proporcionar documentación**)

Tiempo que hace que está empleado: _____ N.º de Teléfono del Trabajo _____ De ser autónomo, proporcionar bienes de su compañía \$ _____ Si el ingreso es \$0, por favor explique: _____

Empleador de su esposo/a: _____ Ingreso bruto mensual: \$ _____ (**Proporcionar documentación**)

Tiempo que hace que está empleado: _____ N.º de Teléfono del trabajo _____

De ser autónomo, proporcionar bienes de su compañía \$ _____ Si el ingreso es \$0, por favor explique: _____

Otras fuentes de Ingresos (por favor indicar el monto recibido y proporcionar documentación): Seguro social \$ _____

Pensión alimenticia \$ _____ Desempleo \$ _____ Pensión \$ _____ Compensación del trabajador \$ _____

Asistencia para veteranos \$ _____ Jubilación \$ _____ Marque con un círculo si recibe actualmente Asistencia

Pública: SNAP / WIC (**proporcionar documentación**)

Bienes: Efectivo y Cuenta corriente \$ _____ Ahorros \$ _____ Mercado monetario \$ _____

Certificados de depósitos \$ _____ Cuenta de retiro individual \$ _____ Acciones / Bonos \$ _____

Cuentas de retiro (403b, 401k) \$ _____ Cuentas de inversión (no retiro) \$ _____

Otros Bienes: _____ \$ _____ Bienes raíces (distinto de la residencia principal): Valor \$ _____

Dirección de la propiedad: _____ **Utilice una hoja adicional si hubiera más de una propiedad adicional:**

Obligaciones / Gastos mensuales: Otras cuentas por Servicios Médicos / Farmacia \$ _____ por mes, Total adeudado: \$ _____

**** Por favor, firmar y fechar **** Firma (Solicitante/Garante) _____ Fecha _____