

Elegibilidad para el programa de asistencia financiera

Nombre del solicitante: _____

Número de registro médico: _____

Vigencia De: _____ A: _____

- Este formulario indica que usted es elegible para recibir asistencia financiera. Tenga en cuenta las fechas de vigencia.
- El programa de asistencia para el que usted es elegible no debe considerarse como cobertura de seguro.
- Si MetroHealth descubre que usted es elegible para un recurso de terceros relacionado con este tratamiento, esta asistencia financiera se revocará de inmediato y se aplicarán nuevamente los cargos completos a su cuenta hasta que pague el saldo de la recuperación de terceros.
- The MetroHealth System puede revisar o cancelar el Programa de asistencia financiera y ajustar las reclamaciones pasadas si se determina que el Programa de asistencia financiera se basó en información incorrecta, ya sea financiera o demográfica.
- Es necesario que usted cumpla con el proceso de solicitud para cualquier programa que pueda realizar el pago por los servicios o el descuento que se le ha asignado podría revocarse retroactivamente.
- El Programa de asistencia financiera brinda asistencia para los **SERVICIOS MÁS MÉDICAMENTE NECESARIOS**. Los Servicios de enfermería especializada **NO** están cubiertos por el Programa de asistencia financiera. Los descuentos en la Farmacia y el Departamento de odontología pueden estar disponibles para quienes califiquen.
- Los solicitantes con un ingreso familiar de hasta el 100% del Límite federal de pobreza que son admitidos en el hospital deben ser entrevistados nuevamente inmediatamente antes o después de la admisión.
- Todos los solicitantes fuera del estado y fuera del condado no recibirán ningún descuento en servicios de farmacia o dentales.
- Entiendo que soy elegible para el Programa de asistencia financiera y soy responsable del _____ % de los cargos. _____ (Iniciales del paciente).
- Entiendo que soy elegible para el Programa de asistencia financiera dental y soy responsable del _____ % de los cargos _____ (Iniciales del paciente).
- Estamos aquí para ayudarle. Comuníquese con el Centro de Llamadas de elegibilidad al 216-9570325 si tiene preguntas y para programar una cita de asesoría financiera.

El Programa de asistencia financiera anterior se aplica ÚNICAMENTE a los servicios proporcionados por The MetroHealth System.

He leído y entendido lo anterior.

Firma del solicitante

Firma del asesor financiero

Fecha