



PROGRAMA PARA AYUDA EN DIFICULTAD FINANCIERA

Estimado Cliente de Prism;

Estamos obligados por ley a enviar facturas a nuestros clientes en un intento de recobrar la parte que es responsabilidad del paciente en todas las reclamaciones. Estamos orgullosos de ofrecer un programa que permite a nuestros clientes recibir asistencia con cualquier saldo restante que se considera es responsabilidad del paciente una vez que se ha recibido el pago de las reclamaciones. Si hay alguna información adicional que usted nos puede proporcionar con respecto a una póliza de segundas o terceras entidades o personas que pueden reducir esta responsabilidad, por favor no dude en ponerse en contacto con nuestra oficina. Vamos a poner todos nuestros más grandes esfuerzos para conciliar el saldo que adeuda con esta información.

Si esto no es una opción para usted y se encuentra con un saldo restante que está creando una dificultad financiera para usted o su ser querido, usted puede solicitar y aplicar a nuestro Programa de Dificultad Financiera. Tenemos este programa a disposición de nuestros clientes porque entendemos el costo de los suministros y que nuestros costos de atención a su salud pueden impedir que adquieran el nivel de atención que se necesita para ayudarle durante su proceso de mejoría ya sea a corto o largo plazo.

Prism se esfuerza por hacer que este proceso sea simple y rápido. Usted tendrá que completar la solicitud en su totalidad. Por favor, no deje ningún campo abierto y denos toda la información disponible de su hogar tanto como sea posible. Usted tiene una oportunidad adicional para explicar cualquier dificultad o circunstancias en sus propias palabras, en el espacio que está en la parte inferior del formulario de solicitud. Usted tiene nuestra garantía que revisaremos su caso y le responderemos de una manera oportuna. Una vez completado puede enviarlo a nuestra oficina por fax al (800)975-6321 o por correo a: PO Box 476, Elkin, NC 28621. Con atención al Departamento de Facturación (Attention: Billing Department).

Si usted tiene preguntas adicionales, puede contactar nuestro departamento de facturación directamente llamando al (888)244-6421. Allí le ayudaran con todo gusto.

¡Nuestros mejores deseos por el más alto nivel de cuidados al cliente y calidad en el cuidado de la salud!

Prism Medical Products, LLC



PROGRAMA PARA AYUDA EN DIFICULTAD FINANCIERA

SOLICITUD

Nombre del Paciente (escribalo) _____ ID del Paciente _____

Calle _____ Apto _____ Dirección para factura _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip Code _____

Email _____ Teléfono _____ - _____ - _____ Celular _____ - _____ - _____

Prism Medical Products, LLC entiende que usted puede tener dificultades para pagar su saldo. Por lo tanto, tenemos el gusto de ofrecerle el programa de dificultad financiera para ayudarle a cumplir con sus obligaciones. Por favor, tómese el tiempo para completar totalmente el formulario de solicitud y enviarlo a la mayor brevedad a nuestra oficina para su revisión. Es importante que usted tenga acceso a los equipos que necesita.

SU HOGAR

Composición Familiar: Edad: 1-21 _____ Edad 22-64 _____ Edad 65+ _____ TOTAL _____

INGRESOS

Total ingresos mensuales en su hogar	\$ _____	¿Usted ha solicitado o recibido cualquier otro servicio?
Saldo en TODAS las cuentas de cheques	\$ _____	Medicaid _____ Yes _____ No _____
Saldo en TODAS las cuentas de ahorros	\$ _____	Estampillas para comida _____ Yes _____ No _____
TOTAL	\$ _____	Organizaciones de Caridad _____ Yes _____ No _____

GASTOS

Renta/Hipoteca	\$ _____	Por favor, explique cualquier otro gasto o tipo de ayuda _____ _____ _____ _____
Servicios/Tel/Energía	\$ _____	
Comida	\$ _____	
Personal/Vestuario	\$ _____	
Cuidado Infantil	\$ _____	
TOTAL	\$ _____	

EN SUS PROPIAS PALABRAS, DESCRIBA SU SITUACION FINANCIERA ACTUAL

Entiendo que soy un usuario de bajos ingresos de los equipos médicos domiciliarios que fueron suministrados por Prism Medical Products, LLC. Entiendo que soy responsable por el co-seguro, la parte no deducible de mi Medicare y / o de la cobertura de los seguros privados. Yo quiero hacerle saber a Prism Medical Products, LLC que si tuviera que pagar mi parte del co-seguro mensual por el alquiler / compra del equipo, tendría que negarme a mí mismo los servicios de equipos médicos necesitados. Entiendo que la información proporcionada en este documento se utilizará para determinar mi elegibilidad para ayuda financiera de Prism y no será vendida, distribuida o utilizada de cualquier otra manera o para cualquier otro propósito

Firma del Paciente _____ Fecha _____