



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Por favor envíe un correo a:
Prism Medical Products
Attn: Billing Department
PO Box 476, Elkin, NC 28621
or fax to: 800-975-6321

Prism Medical Products, LLC ("PRISM") comprende que puede tener dificultades para pagar el saldo restante. Por lo tanto, Por lo tanto, ofrecemos un Programa de Asistencia para ayudar a satisfacer sus necesidades. Tómese el tiempo para completar completamente el formulario de solicitud y envíelo de inmediato a nuestra oficina para su revisión.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Nombre completo

ID del paciente

Dirección

Dirección de facturación, si es diferente

Número telefónico Número alternativo

Correo Electronico

LOS MIEMBROS DEL HOGAR: Edad 0-21 Edad 22-64 Edad 65+ TOTAL

INGRESO DEL HOGAR: COMPLETE TODAS LAS SECCIONES Recuerde: debe incluir prueba de ingresos con su solicitud.

¿Ingreso mensual total del hogar?	\$ <input type="text"/>	¿Ha solicitado o está recibiendo otros servicios?	
¿Saldo de TODAS las cuentas de banco?	\$ <input type="text"/>	Medicaid	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
¿Saldo de TODAS las cuentas de ahorro?	\$ <input type="text"/>	Cupones de alimentos (Food stamps)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
INGRESOS TOTALES	\$ <input type="text"/>	Programa de asistencia financiera/caridad	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Si no tiene prueba de ingresos o no tiene ingresos, por favor adjunte una página adicional con una explicación

GASTOS MENSUALES: POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS SECCIONES

Renta/Hipoteca	\$ <input type="text"/>	Tarjetas de crédito	\$ <input type="text"/>
Utilidad/Teléfono/Electricidad	\$ <input type="text"/>	Facturas médicas	\$ <input type="text"/>
Gastos de comida	\$ <input type="text"/>	Personales/Ropa	\$ <input type="text"/>
Primas de seguro	\$ <input type="text"/>	Cuidado de los niños	\$ <input type="text"/>
Préstamos para automóviles	\$ <input type="text"/>	Otro <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
Préstamos personales	\$ <input type="text"/>		

**Utilice NA para los gastos que no correspondan. GASTOS TOTALES \$

POR FAVOR DESCRIBA SU SITUACIÓN FINANCIERA ACTUAL **Esta Sección es Obligatoria

****Asegúrese de completar todas las secciones anteriores y use NA para cualquier elemento que no se aplique a su situación. Adjunte copias de todos los comprobantes de ingresos, como talones de pago, declaración de discapacidad, declaración de compensación por desempleo y registros de impuestos. Si alguna sección de esta solicitud está incompleta, se le devolverá este formulario y es posible que se retrase la entrega de sus suministros. PRISM se reserva el derecho de solicitar documentación adicional.**

Afirmo que la información proporcionada con esta solicitud es verdadera y precisa. Acepto que si hay algún cambio en mis circunstancias financieras, lo notificaré a PRISM. Entiendo que la información proporcionada en este documento se utilizará para determinar mi elegibilidad para la asistencia por dificultades económicas de PRISM y no se venderá, distribuirá ni utilizará de ninguna otra manera ni para ningún otro propósito.

Firma del paciente Fecha

NOTA: **Si se aprueba, su solicitud será válida por 1 año a partir de la fecha de aprobación.



PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Estimado cliente de Prism Medical Products, LLC ("PRISM"),

PRISM tiene la responsabilidad de enviar facturas a nuestros clientes en un intento de cobrar las partes de responsabilidad del paciente de todas las reclamaciones. Estamos orgullosos de ofrecer un programa que permite a nuestros pacientes recibir asistencia con cualquier saldo restante una vez que se hayan pagado las reclamaciones o si no hay un seguro activo. Si hay alguna información adicional que nos pueda proporcionar con respecto a una póliza secundaria o terciaria que reduciría esta responsabilidad, no dude en comunicarse con nuestra oficina. Haremos nuestros mayores esfuerzos para conciliar cualquier equilibrio balance con esta información.

Si se encuentra con un saldo restante que está creando dificultades para usted o su ser querido, puede solicitar nuestro Programa de asistencia financiera. Ponemos a su disposición este programa porque entendemos que el costo de los suministros y sus gastos continuos de atención médica pueden impedirle adquirir el nivel de atención necesario para ayudarlo durante su proceso de curación, ya sea a corto o largo plazo.

Deberá completar la solicitud adjunta en su totalidad. Por favor, no deje ningún campo abierto. Por favor, proporciónenos información precisa. Tiene una oportunidad adicional para explicar con más detalle cualquier dificultad o circunstancia que se encuentra en la parte inferior del formulario de solicitud. Si necesita espacio adicional, no dude en utilizar una hoja de papel aparte. Adjunte la documentación de respaldo requerida para la prueba de ingresos. Aceptamos los siguientes documentos:

1. Talon de pago actual
2. Declaración de discapacidad
3. Declaración de compensación por desempleo
4. Registros de impuestos

Una vez completado, puede enviarlo a nuestra oficina por fax al (800) 975-6321 o por correo a: PO Box 476, Elkin, NC 28621. Diríjase al Departamento de Facturación.

Revisaremos su caso y le responderemos de manera oportuna. Recibirá por correo una notificación del estado de aprobación/denegación. Si se aprueba su solicitud, entrará en vigencia inmediatamente por el término de un año y se aplicará a cualquier saldo pendiente. Si se deniega su solicitud, puede volver a presentar una solicitud en cualquier momento con la documentación de respaldo actualizada.

Si tiene alguna pregunta adicional, puede comunicarse con el Departamento de Facturación llamando al (888) 244-6421. Estaremos encantados de ayudarle más.

Prism Medical Products, LLC