



Modoc Medical Center
1111 North Nagle Street
Alturas, CA 96101
530-708-8800 ext. 11053

Estimado paciente:

Si necesita apoyo financiero para una o más facturas de Modoc Medical Center (MMC), complete la solicitud adjunta en su totalidad y firme la solicitud en el lugar indicado. Proporcione también los documentos requeridos, según se describe en la solicitud. Al recibir la solicitud y la documentación requerida, determinaremos si califica para el Plan de pago razonable, el Programa de pago con descuento o el Programa de asistencia financiera.

Nuestro Departamento de Servicios Financieros para el Paciente está disponible para brindar asistencia personalizada únicamente con cita. Durante esta visita, pueden evaluar su cuenta y ayudarlo a encontrar la mejor solución para sus necesidades individuales. Además, pueden ayudar a los pacientes a solicitar Medi-Cal y brindar información sobre otros planes de seguro a través del Intercambio de beneficios de salud de California, comúnmente conocido como Covered California.

Nuestro objetivo es ayudarlo a encontrar una solución razonable para que pueda pagar sus facturas con MMC. Tenga en cuenta la información proporcionada a continuación:

- Esta solicitud debe entregarse a Servicios Financieros para Pacientes en un plazo de 15 días a partir de la fecha de recepción de su estado de cuenta.
- Si necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con Servicios Financieros para Pacientes al número que figura a continuación o consulte a Servicios Financieros para Pacientes en la ubicación que figura a continuación.
- Todas las solicitudes debidamente completadas se procesarán en un período de (1) día hábil posterior a su recepción. Se le proporcionará una carta con la determinación final.
- Cualquier solicitud incompleta se devolverá junto con una carta en la que se indique la información necesaria para procesar la solicitud. Las solicitudes completas serán válidas durante 180 días.
- Cualquier solicitud enviada para el Programa de asistencia financiera que no califique se considerará automáticamente para el Programa de pago con descuento y el Plan de pago razonable; no es necesario que envíe otra solicitud.
- Si actualmente es titular de un seguro, no califica para el Programa de asistencia financiera, pero puede comunicarse con Servicios Financieros para Pacientes para obtener un Plan de pago razonable.

Envíe la solicitud completada, junto con todos los documentos de respaldo en un plazo de 15 días a partir de la fecha de la solicitud. La solicitud se puede enviar por correo postal, fax o correo electrónico a:

Modoc Medical Center
Attn: Patient Financial Services
PO Box 190
Alturas, CA 96101
Teléfono: 530-708-8800 ext. 11053
Fax: 530- 233-7609
Attn: Patient Financial Services
Correo electrónico: bphilpot@modocmedicalcenter.org

Gracias por elegir a Modoc Medical Center para sus necesidades de atención médica. Estaremos encantados de ayudarlo con su solicitud.

Atentamente,

Modoc Medical Center



Modoc Medical Center
 1111 North Nagle Street
 Alturas, CA 96101
 530-708-8800 ext. 11053

Solicitud para Recibir Asistencia Financiera

1) Información de la persona responsable

Apellido	Nombre	Número de seguro social (opcional)	Fecha de Nacimiento
Dirección física	Apartado postal	Ciudad	Estado/Código postal
Número de teléfono del domicilio	Número de teléfono alternativo/de celular		
Nombre del empleador	Cargo/función laboral	N.º de teléfono del empleador	
Ingreso bruto anual	Dirección del empleador: calle, ciudad, estado, código postal		
Nombre del cónyuge	Número de seguro social (opcional)	Fecha de Nacimiento	
Nombre del empleador	Cargo/función laboral	N.º de teléfono del empleador	
Ingreso bruto anual	Dirección del empleador: calle, ciudad, estado, código postal		

2) Información sobre el seguro médico

Compañía de seguro médico actual	N.º de identificación actual	N.º de grupo actual
----------------------------------	------------------------------	---------------------

- Marque esta casilla si no cuenta con ningún seguro actualmente.
- Marque esta casilla si ha presentado una solicitud de Medi-Cal y se ha denegado. (Obligatorio)**

3) Personas que viven en el hogar

	Nombre	Relación con el paciente	Fecha de Nacimiento	Empleador	Teléfono del empleador
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

