



Formulario de apelación de asistencia financiera

Fecha:

Nombre y apellido:

Dirección actual:

Fecha de nacimiento:

Número de historia clínica o número de identificación del paciente presente en la notificación:

Razón de la denegación

La Solicitud de Asistencia Financiera estaba incompleta o faltaba documentación.

Se determinó que el(la) paciente no era elegible financieramente para recibir la asistencia financiera en su totalidad o en parte.

La Solicitud de Asistencia Financiera se corrigió, pero se determinó que el(la) paciente no era elegible financieramente.

Declaración acerca de la apelación

Por favor, explique a continuación el fundamento o motivo de su apelación; si necesita espacio adicional, usted puede adjuntar páginas adicionales a este formulario.



Documentación adicional

Marque esta casilla si se adjunta documentación adicional o documentación corregida.

Por favor, enumere a continuación los documentos adjuntos.

Solicitud de una reunión para determinar la resolución

Marque esta casilla si desea solicitar una reunión con una persona que el Director Financiero haya designado para realizar la determinación final de su apelación.

Prefiero una reunión en persona.

Prefiero una videoconferencia.

No tengo preferencia alguna.

Marque esta casilla si no quiere solicitar una reunión.

Si ha solicitado una reunión, un(a) representante de Asante se comunicará con usted para programar una reunión. Si no ha solicitado una reunión, Asante revisará su apelación y le proporcionará una decisión por escrito.

Envío

Debe enviarse esta apelación dentro de un período de 240 días a partir de la fecha en que recibió una notificación acerca de la denegación de su solicitud de asistencia financiera.

Debe enviarse una apelación a través de uno de los métodos que se presentan a continuación:

Correo:

Asante Patient Financial Services

P.O. Box 4749

Medford, Oregon 97501-0227

Fax:

Asante Patient Financial Services

541-789-5522

Correo electrónico:

Patient.credit@asante.org

MyChart:



Suba la documentación a través de su cuenta de MyChart.

Enviaremos una respuesta dentro de un período de 30 días a partir de la fecha de recepción de la documentación o de la reunión de la apelación final, lo que ocurra al último.

Firma

Relación

Fecha

Nota: Es posible que Asante solicite una autorización del/de la paciente si la persona que firma el presente formulario no es el(la) paciente.