



Programa de Elegibilidad para Asistencia Financiera

Nombre del aplicante:

No. de Archivo Medico:

Efectiva a partir de:

Hasta el:

Este formulario indica que usted es elegible para un Programa de Asistencia Financiera de The MetroHealth System ("MetroHealth"). Tenga en cuenta las fechas de vigencia. Al aceptar este Programa de Asistencia Financiera, usted confirma que comprende y acepta los siguientes términos y condiciones:

- Este Programa de Asistencia Financiera NO es un seguro médico.
- Si MetroHealth descubre que usted es apto(a) para recibir un recurso de terceros relacionado con su tratamiento, su Programa de Asistencia Financiera será revocado de inmediato. Se volverán a aplicar los cargos completos a su cuenta hasta que usted liquide el saldo de la recuperación de terceros.
- MetroHealth puede revisar o cancelar el Programa de Ayuda Financiera y ajustar las reclamaciones anteriores si determina que el programa se basó en información incorrecta, ya sea financiera o demográfica. MetroHealth también se reserva el derecho de modificar o cancelar este Programa en cualquier momento bajo previa notificación.
- Debe cumplir con el proceso de solicitud de cualquier programa que pueda pagar por los servicios, o el descuento que obtuvo a través de este Programa de Asistencia Financiera podría ser revocado de forma retroactiva.
- El Programa de Asistencia Financiera ayuda con la MAYORÍA DE LOS SERVICIOS MÉDICOS NECESARIOS y SOLO cubre los servicios de MetroHealth. Por ejemplo, NO cubre la cirugía bariátrica, los servicios dentales ni la farmacia. Los servicios dentales y de farmacia pueden estar disponibles a través de programas independientes.
- Los solicitantes con ingresos familiares de hasta el 100 % del límite federal de pobreza que sean ingresados en el hospital deben ser entrevistados de nuevo inmediatamente antes o después del ingreso.
- Usted entiende que si es elegible para el Programa de Asistencia Financiera y es responsable del ___ % de los cargos por los servicios cubiertos por este Programa.

Estamos aquí para ayudarle. Por favor llame al centro de llamadas para la Elegibilidad al 216-957-2325 (oprime la opción 1) para cualquier pregunta.

Firma del Asesor Financiero: _____ Fecha: _____