

¿Qué Pasa con Mi Cuenta? Datos Importantes

- **Ud. recibirá una factura por separado de cada médico que le haya atendido.** Esto incluye el Médico Primario, cualquier Médico de Consulta, Radiólogo (Radiology Associates), Anestesiólogo (Boone County Anesthesia Group), Patólogo.
- **Marque el 414-4007/para Español 414-4294, para hablar con un Representante de Facturación.**
 - Establezca un plan de pagos de a seis (6) meses para pago completo de su cuenta;
 - Pida una factura pormenorizada;
 - Hable acerca de su cuenta;
 - Pida información sobre la posible ayuda con su cuenta a través del Programa NARMC de Subsidio (Vea lo que sigue).
- **Pago inmediato y completo de una cuenta impaga es eligible para un descuento.** Averigüe en el Departamento de Facturación (Business Office), 870-414-4007/ para Español 414-4294.
- **Puede usar su tarjeta Visa, Mastercard o Discover Card para pagar su cuenta.**
- **Cada vez que recibe servicios del hospital, con o sin internado, usted necesita renegociar su plan de pagos.** Sus cuentas no son combinadas automáticamente.
- **Para solicitar Medicaid, puede contactar a nuestra Trabajadora de Medicaid a 870-414-4043.**

Información Sobre el Programa de Subsidio de NARMC

Abajo se ven las pautas para el Programa de Subsidio. La cantidad de asistencia a la cual ud. Califica está basada en los ingresos netos mensuales de la familia. Marque 870-365-2498/ para Español 414-4294 para una aplicación.

# en la Familia	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso neto anual	\$21,840 or below	\$29,400 or below	\$36,960 or below	\$43,365 or below	\$52,080 or below	\$59,640 or below	\$67,200 or below	\$74,760 or below

Estas son las instrucciones de la solicitud para el Programa de Subsidio de NARMC. El Programa de Subsidio se basa en el número de personas en la familia, sus ingresos netos, y sus pagos actuales de cuentas médicas. Usted necesita ser aceptado según las pautas de elegibilidad para calificar para el programa.

El completar la solicitud no es garantía de ser aceptado al programa, **por eso, es necesario que usted siga haciendo pagos de las cuentas de NARMC durante el proceso de solicitud.** Favor de arreglar los pagos de sus cuentas con el Representante de Pacientes a (870) 414-4007. Para hablar con la intérprete, marque (870) 414-4294.

Favor de completar la solicitud y la Declaración Financiera. Se pueden mandar por correo o entregar los formularios con copias de lo pedido abajo a NARMC % Subsidy Program 620 N. Main, Harrison, AR 72601.

A. Comprobación de los ingresos netos de su familia (después de impuestos) para los últimos tres meses.

Comprobación de ingresos incluye mínimo de UNO de los siguientes:

- Talonario de cheques para los últimos tres meses
- Carta de verificación de su empleador declarando sus ingresos netos
- Copias de los cheques de Seguro Social
- Declaración del banco si se depositan automáticamente sus cheques
- Documento más reciente de sus impuestos si usted trabaja por si solo

Si usted **no tiene ingresos**, hay que presentar:

- Una declaración notariada diciendo cuanto tiempo usted ha estado sin ingresos
- Una declaración notariada diciendo como usted obtiene comida y casa, firmada por la persona que le brinda comida y casa.

B. Además hay que mandar una carta de negación de parte de Medicaid a no ser que:

- Ya tenga usted Medicaid
- Su cuenta de NARMC ya lleve 90 días sin pagar

Si podemos ofrecerle otra ayuda, favor de llamar (870) 365-2498 para dejar un mensaje. Para la intérprete, marque (870) 414-4294.



**North Arkansas
Regional Medical Center**

620 N. Main * Harrison, Arkansas 72601 * (870) 365-2000

"We're Here For Life"

DECLARACIÓN FINANCIERA/ PROGRAMA DE SUBSIDIO

Nombre del Solicitante o Persona Responsable:	
Número de Cuenta:	Número de Seguro Social:
FAVOR DE ATAR COMPROBACION DE INGRESOS MENSUALES	
Sus Ingresos Netos Mensuales:	Ingresos Netos del Esposo:
Ingresos de Ganado u Otra Actividad Agrícola:	Estampillas para Comida Mensuales:
Sustento para Niños Mensual:	Otros Ingresos:

Esta información que he proveído en esta declaración financiera es verídica. Yo entiendo que NAMRC la usará para evaluar mi habilidad de pagar por los servicios del hospital.

Firma del Solicitante o Persona Responsable

Fecha



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE SUBSIDIO

Nombre del Paciente o Persona Responsable:		
Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Número de Teléfono:
Dirección:		
Nombre de Esposo:	# Personas en la Familia:	Número de su Cuenta:
Empleador:		
Empleador del Esposo:		

Yo certifico que la información de arriba es verídica . Yo entiendo que hay que someter una nueva solicitud cada 90 días o según pedida. Yo entiendo que la información que someto a NARMC para verificación está sujeta para repaso por agencias regulatorias Federales y/o Estatales u otras según requerido. Yo entiendo que NARMC puede re-evaluar mi estado financiero y tomar cualquier acción apropiada.

Fecha

Firma del Solicitante /Persona Responsable

Determinación de Elegibilidad (Solo para Uso Oficial)

Proof-of-income (Y)___(N)___ MCD Denial Required (Y)___(N)___ Provided (Y)___(N)___

Financial Statement (Y)___(N)___ Net Annual Income _____

Approved Subsidy Assistance % _____

Denied Funds: Reason: _____ Notified: _____

Approved by: _____ Date: _____