NEOSHO MEMORIAL
REGIONAL MEDICAL CENTER

Formulario de llamamiento de asistencia financiera

Tu Nombre: _____
Dirección: _____
_____
_____
_____
Paciente número: _____
Servicios prestados / Fechas del servicio: _____
_____
_____

Estoy apelando la denegación de asistencia financiera. Solicito que mi Solicitud de Asistencia Financiera sea reconsiderada debido a lo siguiente: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Fecha de presentación del presente recurso: _____

Firma: _____

Si tiene preguntas sobre este formulario comuníquese con el Representante de la Cuenta del Paciente en (620) 432-5324.

Por favor envíe el formulario completo a:

Neosho Memorial Regional Medical Center
Attn: Patient Financial Services
PO Box 426
Chanute, Kansas 66720