
APPENDIX C
FORMULARIO DE APELACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA
SOLICITUD DE REEVALUACIÓN DE LA NEGACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Información general

Fecha:

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código postal:

Número de teléfono:

Nombre del garante (si es diferente al paciente):

Relación:

Fecha de nacimiento:

Dirección del garante:

Ciudad, Estado, Código postal:

Número de teléfono:

Indique el motivo de su solicitud para apelar su denegación de asistencia financiera (la carta de apelación debe incluir documentos de respaldo que puedan demostrar incapacidad para pagar que no formaban parte de la consideración inicial):

Envíe su carta de apelación y documentos justificativos en persona o por correo postal al PO BOX 1150 Vail, CO 81658, dirigido al Director de Servicios Financieros para Pacientes. Recibirá una determinación de su solicitud para volver a evaluar la decisión de denegación de su solicitud de Asistencia financiera dentro de los treinta días posteriores a la recepción de su carta de apelación junto con los documentos justificativos correspondientes.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con uno de nuestros asesores financieros al (970) 477-3116 o con nuestro Director de servicios financieros para pacientes al (970) 777-2840.

Gracias por elegir a Vail Health como su proveedor de atención médica.
