



Garnet Health

GHMC GHMC-Catskills GHVHS Medical Group GHVHS Urgent Care

Nombre del garante: _____
Dirección: _____

Nombre del paciente: _____
Número de cuenta: _____
Fecha de servicio: _____
Saldo: _____

Estimado paciente:

Garnet Health recibió y revisó su solicitud de asistencia financiera e hizo una determinación relativa a su Asistencia financiera. Basándonos en la información que nos proporcionó, se aprobó un descuento de Asistencia financiera del _____ % para usted.

Si tiene preguntas sobre esta determinación, comuníquese con el Departamento de Defensoría Financiera en:

Garnet Health Medical Center (845) 333-1888
Garnet Health Medical Center - Catskills (845) 794-3300 ext. 2430

En caso de no estar de acuerdo con la determinación, puede apelar de la decisión en un plazo de 30 días si llena el Formulario de apelación.

Gracias por elegir Garnet Health como su proveedor de atención de salud.

Atentamente,

Puede llamar a la línea directa de quejas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-804-5477 si tiene algún problema relacionado con su solicitud.

Garnet Health

www.garnethealth.org