

## COBRA ASISTENCIA DE PRIMA

“COBRA” Significa la Reconciliación consolidada del Acto de 1986, bajo el cual empleados y sus beneficiarios calificados tienen la oportunidad de continuar con cobertura de Seguro Médico y Dental por un periodo específico de tiempo, cuando un acontecimiento calificado resulte de pérdida de elegibilidad. Para continuar con la cobertura bajo el Plan de Salud de la Compañía requiere el pago de la Prima del individuo.

La Asistencia de la Prima de COBRA permite a pacientes que son elegibles para los beneficios de COBRA continuar con la cobertura médica al ofrecer ayuda con los pagos de la prima. La elegibilidad para la Asistencia de el pago de la Prima de COBRA se basa en el valor del pago de la prima en comparación con el costo proyectado del servicio (s).

Por favor llame a nuestro Departamento de Asistencia al Paciente al 1-800-782-8581, ext 9-4475 para más información acerca de la Asistencia de la Prima de COBRA.



**Marshfield Clinic  
Health System**

[marshfieldclinic.org](http://marshfieldclinic.org)

18318-005

(Financial Assistance Program)

© 2017 (2018, 2019) Marshfield Clinic Health System, Inc. All rights reserved. Written permission to reproduce or transmit this document in any form or by any means must be obtained from Marshfield Clinic Health System, Inc.

## Programa de Asistencia Financiera



**Marshfield Clinic Health System**

Estamos comprometidos en proveer atención médica de calidad a todos nuestros pacientes. Si a usted no le es posible pagar por sus servicios, no es elegible para otros programas de fondos públicos y cumple con el criterio del Programa de Asistencia Financiera de Marshfield Clinic Health System, es posible que sea elegible para recibir asistencia financiera.

Nuestro Programa de Asistencia Financiera no es una alternativa a un seguro médico, programa gubernamental u otro programa de la comunidad. Marshfield Clinic Health System ofrece asistencia para asegurar que las limitaciones financieras no eviten que nuestros pacientes busquen la atención médica necesaria.

## Consideraciones para la asistencia financiera

Para determinar elegibilidad para asistencia financiera, consideramos:

- Sus ingresos y bienes.
- Documentos que verifiquen sus finanzas.
- Sus necesidades médicas, área en donde reside y la disponibilidad de atención médica por parte de los proveedores.

La protección de sus datos financieros es importante para nosotros. Su información no será compartida fuera de Marshfield Clinic Health System, Inc., a menos que sea autorizada o requerida por la ley.

## Para hablar sobre sus opciones de asistencia:

Llame a nuestro Departamento de Asistencia al Paciente al 1-800-782-8581, ext. 9-4475 o para información visite el sitio web [www.marshfieldclinic.org/financial-assistance](http://www.marshfieldclinic.org/financial-assistance).

Si usted no cumple con los lineamientos de elegibilidad para asistencia financiera y no le es posible hacer los pagos cuando es previsto, se pueden hacer arreglos especiales contactando:

- Departamento de Cuentas del Paciente en Marshfield Clinic Health System al 1-888-258-9775 o al 715-389-0700. Por favor elija la opción 1.

## Apelaciones

Si su aplicación para asistencia financiera es denegada, puede apelar. Por favor llame al 1-800-782-8581, ext. 9-4475 para asistencia con el proceso de apelación.