



Garnet Health

Nombre del garante:
Dirección del garante:

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

Estimado paciente:

Garnet Health recibió y revisó su solicitud de asistencia financiera.

Basándonos en la información que nos proporcionó, se rechazó su solicitud porque usted no califica para el programa. La responsabilidad del paciente sigue siendo \$ _____ por esta visita.

Si tiene preguntas sobre esta determinación o si desea hacer los arreglos para el pago, comuníquese con la Unidad de Defensoría Financiera en: _____.

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

Atentamente,

Servicios Financieros para Pacientes