

Need Help?

Necesita Ayuda?



*If you are in need of this service, please let us know at the time of your visit or call us at 660-265-4212 and ask for Rosa De Leon Financial Assistant Coordinator.*

*Si usted esta en necesidad de este servicio, por favor déjenos saber al momento de su visita llame al 660-265-4212 y pregunta por Rosa De Leon Coordinadora Asistente Financiera.*

## Sullivan County Memorial Hospital

*... Where You Are Cared For Like Family*

630 West Third St  
Milan Mo 63556

660-265-4212

**Patient Assistance Programs**

**Programa de Asistencia al Paciente**



**1. Do you have limited Medical Insurance or no medical coverage?**

**2. Do you have problems affording your prescription?**

**3. Are you unable to pay your co-payment?**

**1. Usted no tiene cobertura de seguro medico o seguro medico limitado?**

**2. Tiene problemas comprando sus medicamentos?**

**3. Usted no puede pagar su co-pago?**

**If you answered yes to any of the questions above we are here to help you.**

**Si usted contesto que si en alguna de las preguntas de arriba nosotros estamos aquí para ayudarle.**

## **We Have Help**

SCMH has the help you need! Our Patient Assistance Program may assist you if you are uninsured/underinsured. We will be happy to assist you with the Medicaid application process. Also we are able to help you identify programs to receive your prescription at a reduce cost.

## **Nosotros Tenemos**

### **Ayuda**

SCMH tiene la ayuda que usted necesita! El Programa de Asistencia al Paciente lo puede asistir si usted no tiene seguro medico o no tiene suficiente cobertura. Nosotros estaremos contentos de asistirle con el proceso de la aplicación de Medicaid. También le podemos ayudar a identificar programas que le pueden ayudar a conseguir sus medicamentos a un costo reducido.

## **Financial Assistance Qualifications/ Calificación para Asistencia Financiera**

Qualifications are based on Federal Poverty Level 2012 guidelines/  
Para calificar es basado al Nivel Federal de Pobreza del 2012.

Information Needed:  
Información que Necesita:

- Pay Stubs from one month period for all family members/ Talones de Cheques periodo de un mes de todos los miembros de su familia
- Income Tax Return/ Devolución de Impuestos
- Medicaid Denial/ Rechazo de Medicaid

## **Don't Qualify/ No Califica**

If you do not meet the criteria for our Financial Assistance Program ask us about our prompt pay discount.

Si usted no cumple el criterio para nuestro Programa de Asistencia Financiera pregúntenos por nuestro descuento de pronto pago.