



2800 Clay Edwards Drive
North Kansas City, MO
64116-3220

Date

Nombre y dirección del garante:

Referente a: Número de paciente: _____

Estimado/a Sr/Sra. _____:

Recientemente usted recibió tratamiento médico en la Sala de Urgencias del Hospital North Kansas City. **Si tiene seguro médico, favor de llamarnos inmediatamente para proveer información detallada sobre su póliza.**

Si en cambio usted no tiene seguro médico o el mismo no es suficiente, podemos ayudarle si está usted preocupado por las opciones de pago. Favor de llamar a un Consejero al (816) 691-2598 de lunes a viernes de 7.00 de la mañana a 3.30 de la tarde o al (816) 691-2599 de martes a sábados de 1.00 a 7.30 de la tarde para hablar sobre planes de pago, programas estatales o ayuda económica para pagar el saldo de su cuenta.

Esperamos hablar pronto con usted y le agradecemos que haya elegido el Hospital North Kansas City.

Atentamente,

Beth Kunonga
Resource Counselor
North Kansas City Hospital
(816) 691-2598