



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

Date

Nombre y dirección del garante:

Referente a:      Número de paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de servicio: \_\_\_\_\_

Estimado/a Sr/Sra. \_\_\_\_\_:

Recientemente usted recibió tratamiento médico en la Sala de Urgencias del Hospital North Kansas City. Tal vez usted cumpla con los requisitos para recibir beneficios bajo el Programa de Víctimas de Delitos de Missouri (Missouri Crime Victims' Program). Si usted cumple con los requisitos, el programa ofrece varios beneficios, como pagos de gastos médicos. Favor de consultar el folleto adjunto para obtener más información. **Favor de notar que si usted tiene seguro médico, su seguro será el primario por sobre todo plan estatal. Favor de llamar inmediatamente con la información de su seguro médico.**

Favor de llamarnos si tiene alguna pregunta y de avisarnos si decide interponer un reclamo con el Programa de Víctimas de Delitos.

Nuestro personal también está a su servicio para hablar sobre planes de pago. Puede hablar con un consejero al (816) 691-2598 de lunes a viernes de 7 de la mañana a 3.30 de la tarde.

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

enclosure