

# Solicitud de Apoyo Financiero al Paciente



Nombre del paciente:		SSN (Número de Seguro Social):	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:		Fecha de nacimiento:	

## Información sobre el seguro

¿Tiene cobertura médica? No  Sí

Si respondió afirmativamente, indique la información de la parte responsable e incluya una copia de la tarjeta del seguro:

Número de cuenta de Millennium Health:  
(Obligatorio)

Nombre de la compañía de seguros:

Número de teléfono:

Dirección:

Nombre y n.º de identificación del titular de la póliza:

## Información financiera (Todos los valores deben reflejar los ingresos del año hasta la fecha de todos los miembros del hogar)

Información financiera

Ingreso bruto del hogar (mensual): \_\_\_\_\_  
(Ingreso bruto total de todos los miembros del hogar) (Incluya el recibo de pago reciente, el formulario W-2, la declaración de desempleo o discapacidad u otra verificación de ingreso).

Tamaño del hogar: \_\_\_\_\_  
(Cantidad de personas que contribuyen o dependen del ingreso bruto del hogar) (Su solicitud podría estar sujeta a una auditoría y/o a la solicitud de información adicional).

Por la presente, juro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de los Estados Unidos que la información que antecede es verdadera y correcta. Autorizo a Millennium Health a verificar la información que antecede con el único fin de determinar la necesidad económica. Si se aprueba esta solicitud, entiendo que la asistencia financiera solo se aplica a los análisis de toxicología. Entiendo que, si no reúno los requisitos, se me notificará y Millennium Health me facturará por los servicios prestados. Me he comprometido a notificar a Millennium Health si mi situación económica cambia o mejora.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la parte responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Envíe esta solicitud firmada junto con la documentación requerida de la siguiente manera:**

Por correo postal:

Millennium Health, LLC  
ATTN: Patient Billing Services  
16981 Via Tazon, San Diego, CA 92127

Por fax:

(858) 217-0258

Por correo electrónico:

patientbillingservices@millenniumhealth.com

**Para obtener más información, comuníquese con el departamento de Servicios de Facturación al Paciente de Millennium Health al (877) 451-7337.**

Millennium Health tiene obligaciones contractuales y legales de hacer esfuerzos razonables para cobrar los saldos de los pacientes. Millennium Health entiende las circunstancias difíciles que algunos pacientes pueden experimentar con los costos de bolsillo y trabajará con ellos para estructurar planes de pago asequibles y, en las situaciones que correspondan, ofrecerá programas de asistencia financiera.

El logotipo de Millennium Health es una marca de servicio o marca de servicio registrada de Millennium Health, LLC o sus subsidiarias en los Estados Unidos y otros países.

MU.BIL177.F1SP02

© 2026 Millennium Health, LLC 04/2026