

Solicitud de asistencia financiera



SSMHealth

Estimado paciente:

IMPORTANTE: ES POSIBLE QUE ESTÉ APTO PARA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO: al completar esta solicitud ayudará a SSM Health a definir si puede recibir servicios gratuitos o con descuento u otros programas públicos que ayuden a pagar su atención médica. Complete este formulario en su totalidad, incluyendo su firma y la fecha en que lo completó, y preséntelo, junto con toda la documentación de soporte, al hospital personalmente, por correo postal, por correo electrónico o por fax para solicitar servicios gratuitos o con descuento.

SI NO TIENE SEGURO, NO NECESITA UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA REUNIR LOS REQUISITOS PARA LA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO. No obstante, sí necesita un número de seguro social para algunos programas públicos, incluido Medicaid. No es obligatorio proporcionar un número de seguro social, pero ayudará al hospital a determinar si usted reúne los requisitos para algún programa público.

El paciente reconoce haber hecho esfuerzos de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud para ayudar al hospital a determinar si reúne o no los requisitos para obtener la asistencia financiera.

LISTA DE VERIFICACIÓN:

- Complete todas las secciones de la solicitud**
- Firme y feche la solicitud (si está casado, se requiere la firma del cónyuge)**
- Declaración de impuestos federales presentada más recientemente (incluidos todos los anexos) o carta de exención del IRS**
- Comprobantes de ingresos brutos de los dos meses más recientes de todos los integrantes del núcleo familiar**

Tenga presente: SSM Health no podrá determinar su elegibilidad sin la documentación adecuada. Asegúrese de haber reunido todos los documentos necesarios. De no enviar todos los documentos requeridos, el procesamiento de su solicitud podría retrasarse.

Envíe copias de la documentación sin ninguna alteración y sin grapas. SSM no podrá devolver documentos originales que sean tenidos en cuenta para su asistencia financiera.

Los pacientes considerados elegibles para Presumptive Charity también deberán completar esta solicitud.

Si necesita ayuda para completar sus solicitudes o si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio al Cliente de SSM Health al: **(855) 989-6789**.



Por correo postal
SSM Health: Patient Financial Services
Atención: Financial Assistance
PO Box 411997
St. Louis, MO 63141



Por fax
(314) 989-6734



Por correo electrónico
financialaid@ssmhealth.com

Oklahoma

- SSM Health Bone & Joint Hospital at St. Anthony
- SSM Health St. Anthony Hospital - Oklahoma City
- SSM Health St. Anthony Hospital - Shawnee
- SSM Health St. Anthony Hospital - Midwest

Missouri

- SSM Health St. Mary's Hospital - St. Louis
- SSM Health St. Joseph Hospital - St. Charles
- SSM Health St. Joseph Hospital - Lake Saint Louis
- SSM Health St. Joseph Hospital - Wentzville

Missouri

- SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
- SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
- SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital
- SSM Health DePaul Hospital - St. Louis
- SSM Health St. Louis University Hospital
- SSM Health St. Clare Hospital - Fenton

Wisconsin

- SSM Health St. Clare Hospital - Baraboo
- SSM Health St. Mary's Hospital - Madison
- SSM Health St. Mary's Hospital - Janesville
- St. Agnes Hospital
- Waupun Memorial Hospital
- Ripon Medical Center

Illinois

- SSM Health Good Samaritan Hospital - Mt. Vernon
- SSM Health St. Mary's Hospital - Centralia

ID del garante: _____

(para uso de la oficina solamente)

Debe completar TODOS los campos de la solicitud para su procesamiento. Coloque N/A en los campos que no apliquen.
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento	Número de teléfono	N.º de cuenta del paciente	
Dirección actual:		Apt #	Ciudad/estado/código o postal	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Legalmente Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Tamaño familiar: (Complete a continuación la sección Núcleo familiar)
Número del seguro social / ITIN: <input type="checkbox"/> Sin número del seguro social / ITIN:	Asegurado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No *Incluya la carta de determinación	Empleado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autónomo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Años de empleo:	Empleador: Si está desempleado, nombre al último empleador y la fecha de separación:	

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (SI NO ES EL PACIENTE)

Nombre del garante:		Fecha de nacimiento	Número de teléfono	N.º de cuenta del paciente	
Dirección actual:		Apt #	Ciudad/estado/código o postal	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Legalmente Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Tamaño familiar: (Complete a continuación la sección Núcleo familiar)
Número del seguro social / ITIN: <input type="checkbox"/> Sin número del seguro social / ITIN:	Asegurado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No *Incluya la carta de determinación	Empleado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autónomo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Años de empleo:	Empleador: Si está desempleado, nombre al último empleador y la fecha de separación:	

INFORMACIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR

Adjunte una hoja aparte para los miembros adicionales del núcleo familiar e incluya todos los documentos necesarios.

Nombre y apellido	Parentesco	Fecha de nacimiento y SSN / ITIN	Empleo - Se requiere prueba	¿Estudiante a tiempo completo? *	Ingreso mensual bruto si tiene más de 18 años. Compruebe todos los tipos de ingreso aplicables e indique la cantidad total recibida de todas las fuentes. (Se requiere documentación para cada fuente de ingreso)
	USTED MISMO	<input type="checkbox"/> Sin SSN/ITIN	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Visa de estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación para trabajadores <input type="checkbox"/> Pensión(es) <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia / manutención infantil <input type="checkbox"/> Asistencia del gobierno <input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> Sin SSN/ITIN	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Visa de estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación para trabajadores <input type="checkbox"/> Pensión(es) <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia / manutención infantil <input type="checkbox"/> Asistencia del gobierno <input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> Sin SSN/ITIN	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Visa de estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación para trabajadores <input type="checkbox"/> Pensión(es) <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia / manutención infantil <input type="checkbox"/> Asistencia del gobierno <input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> Sin SSN/ITIN	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Visa de estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación para trabajadores <input type="checkbox"/> Pensión(es) <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia / manutención infantil <input type="checkbox"/> Asistencia del gobierno <input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> Sin SSN/ITIN	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Visa de estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Compensación para trabajadores <input type="checkbox"/> Pensión(es) <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia / manutención infantil <input type="checkbox"/> Asistencia del gobierno <input type="checkbox"/> Otro

Proporcione prueba de ingresos brutos para todos los miembros del hogar mayores de 18 años, incluidos, entre otros: salarios, seguridad social (carta de concesión), pensión(es), anualidades, compensación por desempleo / trabajador, pensión alimenticia / manutención infantil, asistencia del gobierno, pagos por discapacidad, beneficios de huelga, becas / subvenciones, dividendos / intereses, ingresos por alquiler, efectivo por servicios, etc. **Los extractos bancarios no son verificación / prueba de ingresos.**

*Los estudiantes internacionales deberán presentar una visa de estudiante y el horario escolar actual.

Tenga presente: Dependiendo de las circunstancias de su solicitud, es posible que necesitemos documentos adicionales que incluyen, entre otros: estados de cuenta bancarios, certificación de ingresos, declaración de apoyo, facturas del hogar / gastos médicos, informes de crédito u otra evidencia para respaldar la necesidad financiera.

Oklahoma

- SSM Health Bone & Joint Hospital at St. Anthony
- SSM Health St. Anthony Hospital - Oklahoma City
- SSM Health St. Anthony Hospital - Shawnee
- SSM Health St. Anthony Hospital - Midwest

Missouri

- SSM Health St. Mary's Hospital - St. Louis
- SSM Health St. Joseph Hospital - St. Charles
- SSM Health St. Joseph Hospital - Lake Saint Louis
- SSM Health St. Joseph Hospital - Wentzville

Missouri

- SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
- SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
- SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital
- SSM Health DePaul Hospital - St. Louis
- SSM Health St. Louis University Hospital
- SSM Health St. Clare Hospital - Fenton

Wisconsin

- SSM Health St. Clare Hospital - Baraboo
- SSM Health St. Mary's Hospital - Madison
- SSM Health St. Mary's Hospital - Janesville
- St. Agnes Hospital
- Waupun Memorial Hospital
- Ripon Medical Center

Illinois

- SSM Health Good Samaritan Hospital - Mt. Vernon
- SSM Health St. Mary's Hospital - Centralia

ID del garante: _____

(para uso de la oficina solamente)

ACTIVOS DEL NÚCLEO FAMILIAR**						
Nombre del integrante del núcleo familiar	Cuenta(s) corriente Nombre del banco	N.º de cta. y saldo	Cuenta(s) de ahorros Nombre del banco	N.º de cta. y saldo	Otros (IRA, CD, etc.)	Saldo
	<input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Comercial		<input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Comercial			
	<input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Comercial		<input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Comercial			
	<input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Comercial		<input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Comercial			
Marque solamente si ningún miembro del núcleo familiar tiene:	<input type="checkbox"/> Sin cuenta(s) corriente		<input type="checkbox"/> Sin cuenta(s) de ahorros		<input type="checkbox"/> Sin otra forma de activos líquidos	
Nombre del integrante del núcleo familiar	Cuenta de ahorros para la salud / gastos flexibles (valor)	Vehículo (Año/marca/modelo)	Valor del vehículo	Bienes raíces poseídos (indique el tipo: residencia principal, alquiler, etc.) y precio de compra	Saldo actual de préstamos	Otros activos y valor
		<input type="checkbox"/> Vehículo comercial		Precio de compra:		Activo: Valor:
		<input type="checkbox"/> Vehículo comercial		Precio de compra:		Activo: Valor:
		<input type="checkbox"/> Vehículo comercial		Precio de compra:		Activo: Valor:
Marque solamente si ningún miembro del núcleo familiar tiene:	<input type="checkbox"/> Sin cuenta HSA/Flex	<input type="checkbox"/> Sin vehículo familiar		<input type="checkbox"/> Sin bienes raíces *Si no es propietario de bienes raíces, indique su situación: <input type="checkbox"/> Alquila <input type="checkbox"/> Vive con sus padres/otra persona que brinda soporte		<input type="checkbox"/> Ninguno

Adjunte una hoja aparte para la información adicional sobre activos.

PASIVOS DEL NÚCLEO FAMILIAR**		
Gasto	Mensual	Saldo pendiente
Alojamiento		
Servicios		
Alimentos		
Transporte		
Cuidados infantiles		
Préstamos		
Gastos médicos		
Otros gastos (detallar)		
Otros:		

Adjunte una hoja aparte para la información adicional sobre pasivos.

Solo para pacientes que reciban atención en hospitales de Illinois: Si el paciente reúne los criterios de supuesta elegibilidad descritos en el 77 ILAC 4500.40 o es supuestamente elegible de otro modo, debido a los ingresos de su núcleo familiar, no estará obligado a completar esta sección de la solicitud*

**** Los pacientes que reciben atención de un lugar miembro de SSM Rural Health Clinic/National Health Service Corps, no están obligados a completar esta sección de la solicitud****

ACUERDO DEL PACIENTE

Certifico que la información que consta en esta solicitud es fiel e íntegra a mi leal saber y entender. Solicitaré toda asistencia estatal, federal o local para la que pudiera calificar a fin de ayudar a pagar la factura de este hospital. Entiendo que la información proporcionada será verificada por el hospital, y lo autorizo a comunicarse con terceros a fin de verificar la exactitud de la información incluida en esta solicitud. Entiendo que si, a sabiendas, hubiera proporcionado información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera, se me retirará toda asistencia financiera que se me hubiera otorgado y seré responsable del pago de la factura del hospital.

Oklahoma

- SSM Health Bone & Joint Hospital at St. Anthony
- SSM Health St. Anthony Hospital - Oklahoma City
- SSM Health St. Anthony Hospital - Shawnee
- SSM Health St. Anthony Hospital - Midwest

Missouri

- SSM Health St. Mary's Hospital - St. Louis
- SSM Health St. Joseph Hospital - St. Charles
- SSM Health St. Joseph Hospital - Lake Saint Louis
- SSM Health St. Joseph Hospital - Wentzville

Missouri

- SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
- SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
- SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital
- SSM Health DePaul Hospital - St. Louis
- SSM Health St. Louis University Hospital
- SSM Health St. Clare Hospital - Fenton

Wisconsin

- SSM Health St. Clare Hospital - Baraboo
- SSM Health St. Mary's Hospital - Madison
- SSM Health St. Mary's Hospital - Janesville
- St. Agnes Hospital
- Waupun Memorial Hospital

Illinois

- SSM Health Good Samaritan Hospital - Mt. Vernon
- SSM Health St. Mary's Hospital - Centralia

ID del garante: _____

(para uso de la oficina solamente)

Firma del garante
Fecha
Firma del cónyuge
Fecha

 Método preferido de contacto: Teléfono: (____) _____ - _____ Correo electrónico: _____ Otro: _____

Resumen de asistencia financiera

SSM Health tiene el compromiso de proporcionar asistencia financiera a las personas que no tengan seguro, que tengan un seguro insuficiente, que no reúnan los requisitos para un programa gubernamental o que, de otro modo, no puedan pagar la atención médica necesaria. SSM Health proporcionará atención para afecciones médicas de emergencia a las personas, independientemente de su capacidad de pago.

La asistencia financiera está disponible según una escala móvil. La necesidad financiera de cada solicitante se basa en los niveles de pobreza federales, que tienen en cuenta los ingresos y el número de integrantes del núcleo familiar. La necesidad financiera no tiene en cuenta la edad, el sexo, la raza, el nivel social, el estado social o de inmigrante, la orientación sexual ni la afiliación religiosa. SSM Health limita la cantidad que se cobra por la atención médica de emergencia necesaria proporcionada a pacientes elegibles para asistencia financiera en virtud de esta póliza sin superar los cargos brutos por atención multiplicados por el porcentaje de cantidades generalmente facturadas.

Para solicitar asistencia financiera debe completar una solicitud de asistencia financiera. Las solicitudes gratuitas están disponibles visitando: ssmhealth.com/financialaid. También se puede obtener una solicitud gratuita contactando al (855) 989-6789, MyChart, billingquestions@ssmhealth.com o visitando al asesor financiero de su centro. Junto con su solicitud, usted debe presentar la siguiente documentación:

- Comprobantes de ingresos (los últimos dos meses)
- Declaración federal de impuestos del año pasado o carta de exención

Los pacientes no asegurados reciben automáticamente un descuento en su factura. Esto se especificará en su estado de cuenta. No lo descalifica para obtener asistencia financiera. En el caso de pacientes sin seguro, la asistencia financiera se aplica después del descuento. Los pacientes que no tengan una cobertura de seguro suficiente probablemente también califiquen para la asistencia.

Nuestros asesores financieros están disponibles para ayudarlo a determinar su elegibilidad para la asistencia financiera o responder preguntas sobre el proceso de solicitud. Si correspondiera, podemos ayudarlo a solicitar Medicaid o a elaborar un plan de pagos.

Se espera que los pacientes cooperen con la política de asistencia financiera y el proceso de solicitud de SSM Health. La elegibilidad para la asistencia financiera podría estar restringida para los residentes de las áreas de servicio primario de los centros de atención de SSM Health. En los casos en los que un paciente fuere elegible para la asistencia financiera pero no hubiera evidencia disponible, SSM Health puede recurrir a agencias externas para definir la elegibilidad.

La política de asistencia financiera, la política de facturación y cobranza, el resumen en lenguaje sencillo y la solicitud de asistencia financiera están disponibles en ssmhealth.com/financialaid en varios idiomas, incluidos, entre otros: inglés, español, chino, francés, coreano, ruso y árabe. Estos documentos también se pueden obtener por correo postal o correo electrónico enviando una solicitud al servicio de atención al cliente a: (855) 989-6789, billingquestions@ssmhealth.com o mediante MyChart. Los asesores financieros ubicados en el lugar de cada instalación, con las direcciones que se enumeran a continuación, también pueden proporcionar personalmente una copia de los documentos anteriores.

Según se solicite, se proporciona en forma gratuita una copia de nuestra política de facturación y cobranza, que describe las medidas que podría tomar SSM Health ante la falta de pago.

SSM Health podrá, en cualquier momento, revisar los criterios que definen la elegibilidad para la asistencia financiera. Tenga por seguro que SSM Health entiende lo delicada que es su información personal y se esforzará por proteger su privacidad.

Todas las comunicaciones relacionadas con deudas reclamadas, incluyendo cualquier forma de pago licitada para plena satisfacción de la deuda, deben enviarse a la siguiente dirección.

**Disputed Billing
PO Box 411997
St. Louis, MO 63141**

Los pagos licitados para plena satisfacción de la deuda que no se envíen a esta dirección no saldrán el total de deuda pendiente.

Las solicitudes completas o las preguntas relacionadas con la asistencia financiera se pueden enviar a las siguientes ubicaciones:


Por correo postal

SSM Health: Patient Financial Services
Atención: Financial Assistance
PO Box 411997
St. Louis, MO 63141


Por fax

(314) 989-6734


Por correo electrónico

financialaid@ssmhealth.com


Por teléfono:

(855) 989-6789

Personalmente

Consulte al asesor financiero del centro en el que recibió la atención. Dirección que se indica a continuación.

Missouri

SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital
1465 S. Grand Blvd.
St. Louis, MO 63104

SSM Health DePaul Hospital - St. Louis
12303 DePaul Drive
St. Louis, MO 63044

SSM Health St. Joseph Hospital - St. Charles
300 First Capitol Drive

SSM Health St. Clare Hospital - Fenton
1015 Bowles Ave
Fenton, MO 63026

SSM Health St. Louis University Hospital
1201 S Grand Blvd
St. Louis, MO 63104

SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
2505 Mission Drive
Jefferson City, MO 65109

SSM Health Good Samaritan Hospital - Mt. Vernon
1 Good Samaritan Way
Mount Vernon, IL 62864

Oklahoma

SSM Health Bone & Joint Hospital at St. Anthony
1111 N. Dewey Ave.
Oklahoma City, OK 73103

SSM Health St. Anthony Hospital - Oklahoma City
1000 N. Lee

Wisconsin

SSM Health St. Clare Hospital - Baraboo
707 14th St.
Baraboo, WI 53913

SSM Health St. Mary's Hospital - Madison
700 S. Park St.
Madison, WI 53715

SSM Health St. Mary's Hospital - Janesville
3400 E. Racine St.

SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Oklahoma

- SSM Health Bone & Joint Hospital at St. Anthony
- SSM Health St. Anthony Hospital - Oklahoma City
- SSM Health St. Anthony Hospital - Shawnee
- SSM Health St. Anthony Hospital - Midwest

Missouri

- SSM Health St. Mary's Hospital - St. Louis
- SSM Health St. Joseph Hospital - St. Charles
- SSM Health St. Joseph Hospital - Lake Saint Louis
- SSM Health St. Joseph Hospital - Wentzville

Missouri

- SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
- SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
- SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital
- SSM Health DePaul Hospital - St. Louis
- SSM Health St. Louis University Hospital
- SSM Health St. Clare Hospital - Fenton

Wisconsin

- SSM Health St. Clare Hospital - Baraboo
- SSM Health St. Mary's Hospital - Madison
- SSM Health St. Mary's Hospital - Janesville
- St. Agnes Hospital
- Waupun Memorial Hospital

Illinois

- SSM Health Good Samaritan Hospital - Mt. Vernon
- SSM Health St. Mary's Hospital - Centralia

ID del garante: _____

(para uso de la oficina solamente)

St. Charles, MO 63301

SSM Health St. Joseph Hospital - Wentzville
500 Medical Drive
Wentzville, MO 63385

SSM Health St. Joseph Hospital - Lake Saint Louis
100 Medical Plaza
Lake Saint Louis, MO 63367

SSM Health St. Mary's Hospital - St. Louis
6420 Clayton Road
Richmond Heights, MO 63117

SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
620 E. Monroe
Mexico, MO 65265

Illinois
SSM Health St. Mary's Hospital - Centralia
400 N. Pleasant Ave
Centralia, IL 62801

Oklahoma City, OK 73102

SSM Health St. Anthony Hospital - Shawnee
1102 W. Macarthur St.
Shawnee, OK 74804

SSM Health St. Anthony Hospital - Midwest
2825 Parklawn Drive
Midwest City, OK 73110

Janesville, WI 53546

St. Agnes Hospital
430 East Division St
Fond du Lac, WI 54935

Waupun Memorial Hospital
620 W. Brown St
Waupun, WI 53963

Ripon Medical Center
845 Parkside St
Ripon, WI 54971