

Caro Paciente,

Em anexo está a Requisição de Assistência Financeira para Despesas Médicas devido à Carência do BIDHP. Por favor, preencha-a por inteiro e encaminhe toda a documentação necessária. Requisições incompletas podem resultar na recusa de assistência financeira.

O prazo para o recebimento da requisição é de 240 dias a partir do primeiro extrato de cobrança referente aos serviços para os quais a assistência financeira estiver sendo requisitada.

O Beth Israel Deaconess Hospital Plymouth e seus afiliados estão comprometidos em fornecer assistência financeira para pacientes com necessidades médicas que não tenham seguro de saúde, ou cujo seguro não ofereça cobertura suficiente, e que sejam inelegíveis para programas governamentais ou incapazes de pagar pelos cuidados médicos necessários, com base na sua situação financeira individual.

Em caso de dúvida, entre em contato com o Aconselhamento Financeiro pelo número abaixo.

Obrigado.

Encaminhe o Formulário em anexo para:
Unidade de Aconselhamento Financeiro do BIDHP
Departamento de Emergência
South Pavilion Lobby
275 Sandwich St
Plymouth, MA 02360
(508) 830-2057 / (508) 830-2775

Requisição de Assistência Financeira para Despesas Médicas

Por favor, imprima

Data de Hoje: _____ Nº de Seguridade Social: _____

Número do Prontuário: _____

Nome do Paciente: _____

Endereço: _____

_____ Rua _____ Nº do apto. _____

_____ Cidade _____ Estado _____ CEP _____

Data dos Serviços Hospitalares: _____

Data de Nascimento do Paciente: _____

O paciente tinha seguro de saúde ou Medicaid** no momento dos serviços hospitalares? Sim Não

Se "Sim", anexe uma cópia do cartão do seguro de saúde (frente e verso) e preencha os seguintes dados:

Nome da Seguradora: _____ Número da Apólice: _____

Data de Vigência: _____ Nº de Telefone da Seguradora: _____

**Antes de requisitar Assistência Financeira, você deverá ter requisitado cobertura pelo Medicaid nos 6 meses anteriores, e terá que comprovar a recusa.

Observação: A assistência financeira devido à Carência de Atendimento Médico pode não se aplicar se uma Conta de Poupança de Saúde (CPS), Conta de Reembolso de Saúde (CRS), Conta de Gastos Flexíveis (CDF) ou um semelhante fundo destinado a despesas médicas da família já tiver sido estabelecido. O pagamento deve ser feito por meio de qualquer fundo já estabelecido antes que a assistência possa ser fornecida.

Para requisitar assistência para despesas médicas devido a carência, preencha os seguintes dados:

Liste todos os membros da família, incluindo o paciente, pais, filhos e/ou irmãos naturais ou adotivos com menos de 18 anos que residam no mesmo domicílio que o paciente.

| Membro da Família | Idade | Parentesco com o Paciente | Fonte de renda ou Nome do Empregador | Renda Mensal Bruta |
|-------------------|-------|---------------------------|--------------------------------------|--------------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |

Além da Requisição de Assistência Financeira para Despesas Médicas devido à Carência, necessitamos também da seguinte documentação:

- Declaração de imposto de renda federal ou estadual atualizada;
- Formulários W2 e/ou 1099 atualizados;
- Quatro contracheques mais recentes;
- Quatro extratos bancários de conta corrente e/ou de poupança mais recentes;
- Conta de poupança de saúde;
- Plano de reembolso de saúde;
- Contas de gastos flexíveis;
- Cópia de todas as contas de despesas médicas;

Caso essa documentação não esteja disponível, entre em contato com a Unidade de Aconselhamento Financeiro pelo telefone (508) 830-2057 / (508) 830-2775 para discutir alternativas de documentação.

Liste todas as dívidas médicas e forneça cópias das cobranças ocorridas nos últimos 12 meses:

| Data do Serviço | Local do Serviço | Valor Devido |
|-----------------|------------------|--------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Por favor, forneça uma breve justificativa da sua impossibilidade de pagar essas contas médicas:

Ao assinar abaixo, certifico que todas as informações declaradas nessa requisição estão corretas, são do meu conhecimento e crença.

Assinatura do Requerente: _____

Parentesco com o Paciente: _____

Data do Preenchimento: _____

Por favor, aguarde 30 dias a partir da data do recebimento dessa requisição para a determinação da elegibilidade.

Caso elegível, a assistência será concedida por seis meses a partir da data da aprovação, e será válida em todos os afiliados do Beth Israel Lahey, conforme estabelecido no Apêndice 5 de suas respectivas Políticas de Assistência Financeira:

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| Somente Funcionários. | |
| Requisição Recebida por: | |
| AJH | <input type="checkbox"/> |
| AGH | <input type="checkbox"/> |
| BayRidge | <input type="checkbox"/> |
| BIDHP | <input type="checkbox"/> |
| BID Milton | <input type="checkbox"/> |
| BID Needham | <input type="checkbox"/> |
| BID Plymouth | <input type="checkbox"/> |
| Beverly | <input type="checkbox"/> |
| LHMC | <input type="checkbox"/> |
| LMC Peabody | <input type="checkbox"/> |
| MAH | <input type="checkbox"/> |
| NEBH | <input type="checkbox"/> |
| WH | <input type="checkbox"/> |
| Data de Recebimento: | |