

Caro Paciente,

Em anexo está a Requisição de Assistência Financeira para Despesas Médicas devido à Carência do BIDMC. 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 Medical Center 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  
Beth Israel Deaconess Medical Center  
East Campus/Rabb  
Room 111  
330 Brookline Avenue  
Boston, MA 02215  
617-667-5661

# 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 (617)667-5661 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"/>
BIDMC	<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:	