

Caro Paciente,

Em anexo está a Solicitação de Falta de Cuidados Médicos BIDMC. Por favor, preencha-a por inteiro e retorne com toda a documentação necessária. Solicitações incompletas podem resultar na recusa da assistência financeira.

O prazo para o retorno da solicitação é de 240 dias a partir da primeira declaração de faturamento para os serviços aos quais a assistência financeira está sendo solicitada.

Beth Israel Deaconess Medical Center e seus afiliados são dedicados a fornecer assistência financeira para pacientes que têm dificuldades médicas e não têm seguro, ou o mesmo não cobre, que são inelegíveis para um programa do governo ou incapazes de pagar pelos cuidados médicos necessários, baseado na sua situação financeira individual.

Se você tem perguntas, por favor entre em contato com o Aconselhamento Financeiro no número listado abaixo.

Obrigado.

Retornar o Formulário para:

Unidade de Aconselhamento Financeiro

Beth Israel Deaconess Medical Center

East Campus/Rabb

Room 111

330 Brookline Avenue

Boston, MA 02215

617-667-5661

Solicitação de Dificuldades Médicas

Por favor imprima

Data de Hoje: _____

Segurança Social # _____

Número do Prontuário: _____

Nome do Paciente: _____

Endereço: _____

Rua

Número do apto.

Cidade

Estado

CEP

O paciente tinha plano de saúde ou Medicaid no momento do serviço hospitalar? Sim Não

Se "Sim", anexe uma cópia do cartão do plano de saúde (frente e verso) e preencha o seguinte:

Nome da Companhia do Plano: _____ Número da Apólice: _____

Data de Vigência: _____ Nº de Telefone do Seguro: _____

Nota: A Assistência Financeira referente a Dificuldades Médicas pode não se aplicar se uma Conta Poupança de Saúde (CPS), Conta Reembolso de Saúde (CRS), Conta de Despesas Flexíveis (CDF) ou fundo similar designado para despesas médicas foi estabelecido. O pagamento de qualquer fundo estabelecido é feito antes da assistência poder ser fornecida.

Para solicitar assistência de dificuldades médicas, complete o seguinte:

Listar todos os membros da família incluindo o paciente, pais, filhos e/ou irmãos, natural ou adotado, com menos de 18 anos que vivem na casa.

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

Além da Solicitação de Assistência de Dificuldades Médicas necessitamos também da seguinte documentação anexada à essa aplicação:

- Estado atual ou declaração de imposto de renda federal
- W2 atual
- Quatro folhas de pagamento mais recentes
- Quatro declarações de extrato bancário e/ou poupança mais recentes
- Cópias de todas as contas médicas

Se estes não estiverem disponíveis, por favor ligue para Unidade de Aconselhamento Financeiro no (617) 667-5661 para discutir outra documentação que possa ser fornecida.

Liste todas as dívidas médica e forneça cópias de contas efetuadas nos últimos doze meses:

Data do Serviço

Local do Serviço

Valor em Dívida

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor, forneça uma breve explicação de porquê pagar essas contas médicas será uma dificuldade:

Ao assinar abaixo, certifico todas as informações apresentadas na solicitação são verdadeiras para o melhor de meu conhecimento, informação e crença.

Assinatura do Requerente: _____

Parentesco com o Paciente: _____

Data de Conclusão: _____

Por favor, aguarde 30 dias a partir da data do recebimento da solicitação preenchida para determinação de elegibilidade.

Se elegível, o apoio financeiro é concedido até seis meses a partir da data de aprovação e é válido para todas as afiliadas Beth Israel Deaconess:

Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston

Beth Israel Deaconess Milton

Beth Israel Deaconess Needham

Beth Israel Deaconess Plymouth

Somente Funcionários.	
Aplicação Recebida por:	
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Date Received:	