

Estimado Paciente,

Adjunta encontrará la Aplicación para Dificultades de Orden Médico de la Northeast Hospital, Winchester Hospital y Lahey Clinic Hospital, Inc. Por favor, llénela completamente y devuélvala con toda la documentación necesaria. Las aplicaciones incompletas pueden ocasionar la denegación de la asistencia financiera.

El plazo para devolver la aplicación es de 240 días desde el primer extracto de facturación por los servicios sobre cuya asistencia financiera es solicitada.

Northeast Hospital Corporation, Winchester Hospital, y Lahey Clinic Hospital, Inc. y sus afiliados se dedican a proveer asistencia financiera a pacientes con necesidades de atención médica y están sin seguro, con un seguro insuficiente, no aplican para un programa gubernamental, o por otra razón, no pueden pagar la atención médica necesaria debido a su situación financiera.

Si tiene alguna duda por favor contacte a Asesoría Financiera al número mostrado a continuación.

Gracias.

Devolver la Aplicación a:

Departamento de Asesoría Financiera
Lahey Hospital & Medical Center
41 Mall Road
Burlington, MA 01803
(781) 744-8815

Aplicación para Dificultades de Orden Médico

Por favor, imprímala

Fecha de hoy: _____ # de Seguridad Social _____

Número de registro médico: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente _____

Dirección: _____

Calle

Número de apto.

Ciudad

Estado

Código Zip

¿El paciente tenía seguro médico o Medicaid al momento de recibir los servicios del hospital? Sí No
Si respondió "Sí", adjunte una copia de la tarjeta del seguro (parte frontal y posterior) y complete:

Nombre de la empresa aseguradora: _____ Número de póliza: _____

Fecha efectiva: _____ Número de teléfono de la aseguradora: _____

Nota: La asistencia financiera por Dificultades de Orden Médico puede no aplicar si se posee una Cuenta de Ahorros para Salud (HSA), Cuenta de Reembolso para Salud (HRA), Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) o fondo similar designado para los gastos médicos de la familia. El pago de cualquier fondo establecido es adeudado antes de que se suministre la asistencia.

Para aplicar a la asistencia por dificultades de orden médico, complete lo siguiente:

Liste todos los miembros de la familia, incluyendo el paciente, padres, hijos y/o hermanos, naturales o adoptados, menores de 18 años viviendo en la residencia.

| Miembro de la familia | Edad | Relación con el paciente | Fuente de ingresos o nombre del empleador | Ingresos brutos mensuales |
|-----------------------|------|--------------------------|---|---------------------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |

Además de la Aplicación para Dificultades de Orden Médico, también necesitamos que adjunte la siguiente documentación a esta aplicación:

- Declaración de impuestos estatales o federales actuales
- Formulario W2 y/o 1099 actuales
- Los cuatro talones de pago más recientes

- Los cuatro extractos de cuentas de ahorro y/o corrientes más recientes
- Cuenta de ahorros para salud
- Arreglos de reembolso de salud
- Cuentas de gastos flexibles
- Copias de todas las facturas médicas

De no tenerlos disponibles, por favor llame a la Unidad de Asesoría Financiera al (781) 744-8815 para discutir qué otra documentación puede suministrar.

Liste todas las deudas médicas y suministre copias de las facturas incurridas en los doce meses previos:

| Fecha del servicio | Lugar del servicio | Cantidad adeudada |
|--------------------|--------------------|-------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Por favor, suministre una explicación breve de porque pagar estas facturas médicas es una dificultad:

Al firmar debajo, certifico que toda la información suministrada en la aplicación es verdadera según mi conocimiento, información y creencia.

Firma del solicitante: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de terminación: _____

Por favor, espere 30 días desde la fecha en que la aplicación lista sea recibida para determinar su elegibilidad.

Si es elegible, se otorga asistencia por seis meses desde la fecha de aprobación y es válida para todos los afiliados del Beth Israel Deaconess Lahey, según se establece en el Apéndice 5 de su respectiva Política de Asistencia Financiera:

- 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

Solo para el personal.

Aplicación recibida por:

AJH

AGH

BayRidge

BIDMC

BID Milton

BID Needham

BID Plymouth

Beverly

LHMC

LMC Peabody

MAH

NEBH

WH

Fecha de recepción: