

Cher Patient,

Ci-joint est le formulaire d'Assistance Financière de l'hôpital Mount Auburn. Veuillez le compléter entièrement et le retourner avec toute la documentation requise. Les formulaires incomplets peuvent entraîner le rejet d'assistance financière.

Le délai pour retourner le formulaire est de 240 jours à partir du premier relevé de facturation pour les services pour lesquels l'assistance financière est demandée.

L' hôpital Mount Auburn et ses affiliés sont dévoués à offrir une assistance financière aux patients qui ont besoin de soins de santé et qui sont non assurés, sous-assurés, inéligibles pour un programme gouvernemental ou autrement incapables de payer pour les soins médicaux nécessaires basés sur leur propre situation financière.

Si vous avez des questions, veuillez contacter le Conseil Financier au numéro indiqué ci-dessous.

Merci.

Retournez le formulaire à :

Mount Auburn Hospital
Financial Assistance Department
330 Mount Auburn Street
Clark Building, 2d Floor
Cambridge, MA 02138
Phone : 617-499-5560

Demande d'Assistance Financière pour Soins de Charité

Veillez Imprimer

Date d'aujourd'hui : _____ Sécurité Sociale # _____

Numéro d'Enregistrement Médical : _____

Nom du Patient : _____

Adresse : _____

Rue

Numéro Apt.

_____ Ville

_____ État

_____ Code postal

Date des Services de l'Hôpital : _____ Date de Naissance du Patient _____

Le patient avait-il une assurance de santé ou Medicaid** au moment de l'hospitalisation?

Oui Non

Si « Oui », joignez une copie de la carte d'assurance (recto et verso) et complétez ce qui suit :

Nom de la Compagnie d'Assurance : _____ Numéro de Police : _____

Date d'exécution : _____ Numéro de téléphone de l'assurance : _____

** Avant de formuler pour l'assistance financière, vous devez avoir formulé une demande à Medicaid au cours des 6 derniers mois et devrez montrer une preuve de refus.

Remarque : *L'assistance financière pourrait ne pas s'appliquer si un Compte d'Épargne-Santé (HSA), un Compte de Remboursement pour la Santé (HRA), un Compte de Dépense Flexible (FSA) ou un fonds similaire destiné aux frais médicaux familiaux a été établi. Le paiement à partir de n'importe quel fonds établi est requis avant que l'assistance puisse être offerte.*

Pour formuler à une assistance financière, complétez ce qui suit :

Listez tous les membres de la famille, y compris le patient, les parents, les enfants et/ou les frères et sœurs, biologiques ou adoptés, âgés de moins de 18 ans résidant à la maison.

Membre de Famille	Âge	Relation au Patient	Source de Revenu ou Nom de l'Employeur	Revenu Brut Mensuel
1.				
2.				
3.				
4.				

En plus du Formulaire d'Assistance Financière, nous avons également besoin de la documentation suivante attachée à ce formulaire :

- Déclarations de revenus actuelles de l'État ou du fédéral
- Formulaires W2 et/ou 1099 actuels

- Les quatre relevés de paie les plus récents
- Les quatre derniers relevés de compte courant et/ou de compte d'épargne
- Les comptes d'épargne santé
- Ententes de remboursement de frais de santé
- Comptes de dépenses flexibles

Si ces documents ne sont pas disponibles, veuillez appeler le Bureau du Conseil Financier au 617-499-5560 pour discuter de toute autre documentation que vous pourriez fournir.

Par ma signature ci-dessous, je certifie que je certifie que j'ai lu attentivement la politique et la demande d'assistance financière et que tout ce que j'ai déclaré ou toute documentation que j'ai jointe est Vraie et correcte au meilleur de ma connaissance. Je comprends qu'il est illégal de soumettre sciemment de fausses informations pour obtenir de l'assistance financière.

Signature du Demandeur : _____

Relation au Parent : _____

Date Complétée : _____

Si votre revenu est complété de quelque façon ou si vous avez déclaré un revenu de 0,00 \$ sur ce formulaire, ayez la Déclaration d'assistance ci-dessous complétée par la ou les personnes fournissant de l'aide à vous et votre famille.

Déclaration d'Assistance

J'ai été identifié par le patient/partie responsable comme fournissant une assistance financière. Ci-dessous est une liste des services et de l'assistance que je fournis

Je soussigné certifie et vérifie que toute l'information fournie est vraie et correcte au meilleur de ma connaissance. Je comprends que ma signature ne me rendra pas financièrement responsable des frais médicaux du patient.

Signature : _____ Date d'exécution : _____

Veuillez permettre 30 jours à partir de la date où le formulaire complété est reçu pour la détermination de l'éligibilité.

Si elle est éligible, l'aide financière est accordée pour une période de six mois à compter de la date d'approbation et est valable pour toutes les filiales de Beth Israel Lahey, tel qu'indiqué dans l'Annexe 5 de leurs politiques d'Assistance Financière respectives :

- Hôpital Anna Jaques
- Hôpital Addison Gilbert
- Hôpital BayRidge
- Centre Médical Beth Israel Deaconess-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Hôpital Beverly
- Hôpital et centre médical Lahey, Burlington
- Centre médical Lahey, Peabody
- Hôpital Mount Auburn
- Hôpital New England Baptist
- Hôpital Winchester

Personnel uniquement	
Formulaire Reçu par :	
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"/>