

La prueba EPI | ExoDx[™] Prostate (IntelliScore)

Para los pacientes

PROGRAMA DE AYUDA PARA EL PACIENTE

Es posible que el costo de la prueba se reduzca para los pacientes que califiquen para nuestro Programa de ayuda para el paciente (PAP). Para solicitar este programa, los pacientes deben vivir en los Estados Unidos o en un territorio de los EE. UU., tener una cobertura de seguro insuficiente para pagar la prueba, cumplir con determinadas guías de elegibilidad de ingreso (la tabla a continuación describe las guías de elegibilidad de ingreso para calificar para el PAP) y completar una solicitud de PAP.

Los pacientes deben esperar ser notificados de su estado dentro de las dos semanas posteriores a la presentación del formulario de solicitud completo. Si se aprueba la solicitud, los pacientes pueden optar por pagar el monto total u optar por establecer un plan de pago sin intereses durante un máximo de 6 meses. Se requiere un mínimo de \$50 para inscribirse en el plan de pago, que se aplicará al saldo de la cuenta. Omitir un pago sin hacer los arreglos previos puede poner en peligro la inscripción en el PAP.

Para solicitar, complete la solicitud del PAP y envíe por fax al 617-649-4308 o envíela por correo postal a Exosome Diagnostics, 266 Second Ave., Suite 200, Waltham, MA 02451.

Guías de elegibilidad de ingresos del hogar para PAP*

Tamaño del hogar	Nivel de ingreso 1	Nivel de ingreso 2	Nivel de ingreso 3	Nivel de ingreso 4
1	\$12,490	\$24,980	\$37,470	\$49,960
2	\$16,910	\$33,820	\$50,730	\$67,640
3	\$21,330	\$42,660	\$63,990	\$85,320
4	\$25,750	\$51,500	\$77,250	\$103,000
Gastos por cuenta propia	\$100	\$175	\$250	\$300

Si vive en Alaska o Hawái o tiene un hogar con más de 4 integrantes, llame al 844-396-7663, opción 3

**Si no califica para el programa PAP. le ofrecemos un plan de pago sin intereses.
Para obtener más información llame al 844-EXOSOME, opción 3.**

*Las guías de nivel de pobreza 2019 están vigentes a partir del 11 de enero de 2019. ExosomeDx sigue las guías de nivel de pobreza según lo establecido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Las guías actuales pueden encontrarse en aspe.hhs.gov/poverty-guidelines. Los niveles de ingreso están sujetos a cambio en cualquier momento dado.

Verificación de ingresos

Para aplicar, los pacientes deben presentar un formulario de solicitud de PAP completo y suministrar al menos un documento que respalde su ingreso, puede utilizar las páginas 1 y 2 de su declaración de impuestos del año anterior (formulario 1040 o 1040EZ), declaraciones de salarios e impuestos (W-2 o 1099), dos talones de cheques de pagos de salario recientes, declaraciones de seguro social, pensión o retiro ferroviario (SSA-1099 o similar), declaraciones de intereses u otros ingresos (1099-INT, 1099, 1099-DIV o formularios similares).



CONTÁCTENOS: Para obtener más información acerca de la prueba EPI, llámenos o envíenos un correo electrónico.

de lunes a viernes: 9:00A. M.-5:00P. M. EST

844-EXOSOME (844-396-7663)

info.exosomedx@bio-techne.com

exosomedx.com

La prueba EPI | ExoDx™ Prostate (IntelliScore)

Para los pacientes

PROGRAMA DE AYUDA PARA EL PACIENTE

Gracias por completar este documento de ayuda para el paciente de Exosome Diagnostics. Esperamos que este programa le ayude a obtener la prueba que necesita. Tenga en cuenta que este programa está disponible solamente para los ciudadanos de los Estados Unidos o residentes legales y residentes de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU.

Información del paciente

Apellido _____

Nombre _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____

Dirección _____ Apt. N.º _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Dirección de correo electrónico _____

Información de ingresos

Ingreso anual del hogar _____

Cantidad de personas en el hogar (incluido el solicitante) _____

Verificación del paciente

Al firmar a continuación, certifico que no puedo pagar el costo de la prueba y que mis respuestas y comprobantes de documentos de ingresos del hogar están completos y son verdaderos y exactos, según mi leal saber y entender. Comprendo que completar la solicitud no garantiza que calificaré para el Programa de ayuda para el paciente y que Exosome Diagnostics puede verificar la exactitud de la información que he proporcionado y puede solicitar más información sobre ingreso o seguro. Además, reconozco que Exosome Diagnostics se reserva el derecho de modificar o cancelar el programa en cualquier momento.

Nombre o representante del paciente (en letra de imprenta) _____

Relación con el paciente _____

Firma (se requiere) _____

Fecha _____

Médico que solicita la prueba

Consultorio/práctica/nombre de la instalación _____

Médico que solicita la prueba _____

Fecha de la prueba _____

Teléfono _____ Dirección de correo electrónico _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Verificación de ingresos del hogar (se requiere una o más)

- Página 1 y 2 de la declaración de impuestos del año anterior (formulario 1040 o 1040EZ)
- Declaraciones de salario e impuestos (W-2 o 1099)
- Dos talones de cheques de pagos de salario recientes
- Declaraciones de seguro social, pensión o retiro ferroviario (SSA-1099 o similar)
- Dos declaraciones recientes que demuestran ingresos por beneficios por discapacidad o desempleo

Devuelva la solicitud completa con documentación de respaldo a

Fax: 617-649-4308 o
Correo: Exosome Diagnostics, Inc.
266 Second Ave., Suite 200
Waltham, MA 02451