

Prueba ExoDx™ Prostate

Programa de ayuda para el paciente

Es posible que el costo de la prueba ExoDx Prostate se reduzca para los pacientes que califiquen para nuestro Programa de ayuda para el paciente (PAP).

Para ser elegibles, los pacientes deben cumplir los siguientes criterios:

- Vivir en los Estados Unidos o en territorio estadounidense.
- Tener una cobertura de seguro insuficiente para pagar la prueba.
- Cumplir la guía de ingresos según se detalla en la tabla a continuación.
- Completar la solicitud del PAP en el reverso de esta página.

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

Estamos aquí para ayudar. Si presenta circunstancias atenuantes, llámenos al **844-EXOSOME (844-396-7663)**.

Guía de elegibilidad para el Programa de ayuda para el paciente según los ingresos del hogar*

Tamaño del hogar	Nivel de ingreso 1	Nivel de ingreso 2	Nivel de ingreso 3	Nivel de ingreso 4	Nivel de ingreso 5	Nivel de ingreso 6	Nivel de ingreso 7	Nivel de ingreso 8
1	\$12,760	\$25,520	\$38,280	\$51,040	\$63,800	\$76,560	\$89,320	\$102,080
2	\$17,240	\$34,480	\$51,720	\$68,960	\$86,200	\$103,440	\$120,680	\$137,920
3	\$21,720	\$43,440	\$65,160	\$86,880	\$108,600	\$130,320	\$152,040	\$173,760
4	\$26,200	\$52,400	\$78,600	\$104,800	\$131,000	\$157,200	\$183,400	\$209,600
Gastos por cuenta propia	\$50	\$75	\$100	\$125	\$150	\$200	\$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 2020 están vigentes a partir del 17 de enero de 2020. 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. Los niveles de ingreso más altos no representados en esta tabla se relacionan con gastos por cuenta propia proporcionales conforme a nuestra política de facturación.

Verificación de ingresos

Para aplicar, los pacientes deben presentar un formulario de solicitud del 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).

Exosome Diagnostics, Inc.

266 Second Ave., Suite 200

Waltham, MA 02451

(844) EXOSOME | (844) 396 7663

exosomedx.com



Solicitud del Programa de ayuda para el paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Dirección

Apt.

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

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 ingresos o seguro. Además, reconozco que Exosome Diagnostics se reserva el derecho de modificar o cancelar el programa en cualquier momento.

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

Firma (se requiere)

MÉDICO QUE SOLICITA LA PRUEBA

Consultorio/práctica/nombre de la instalación

Médico que solicita la prueba

Fecha de la prueba

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Correo electrónico

VERIFICACIÓN DE INGRESOS DEL HOGAR

Se REQUIERE uno o más métodos de verificación.

- 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 demuestren discapacidad o desempleo.
- Presento circunstancias atenuantes que requieren verificación individual.

Relación con el paciente

Fecha

Devuelva la solicitud completa con documentación de respaldo a

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

Exosome Diagnostics, Inc. evaluó esta prueba y determinó sus características de rendimiento. Esta prueba no ha sido autorizada ni aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. La FDA ha determinado que no es necesaria dicha autorización o aprobación. Exosome Diagnostics está certificado bajo la Ley de Enmiendas para la Mejora de Laboratorios Clínicos (Clinical Laboratory Improvement Amendments, CLIA) de 1988 como calificado para realizar pruebas clínicas de alta complejidad. Número de CLIA: 22D2093470 Exosome Diagnostics y ExoDx son marcas registradas en los EE. UU. de Exosome Diagnostics, Inc.

MKT_119.1_05_2020

