

Solicitud de Asistencia Financiera para Pacientes

Los pacientes con pruebas pedidas dentro de EE. UU. y sus territorios tienen disponible asistencia financiera.

Envíe un fax al: +1-617-830-0279 Correo electrónico: client.services@foundationmedicine.com

*Información obligatoria Para obtener más información o presentar su solicitud en línea, visite: aid.foundationmedicine.com

| Información para el paciente | Solicitud de Información sobre Médico y Establecimiento |
|---|---|
| <p>*Apellido</p> <hr/> | <p>*Nombre de consultorio o establecimiento</p> <hr/> |
| <p>*Nombre</p> <hr/> <p>Inicial del medio</p> <hr/> | <p>*Médico que indica el estudio</p> <hr/> |
| <p>*Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)</p> <hr/> | <p>Teléfono</p> <hr/> |
| <p>*Sexo</p> <p><input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Prefiero no revelarlo</p> | <p>Fax</p> <hr/> |
| <p>*Dirección particular</p> <hr/> | <p>Correo electrónico</p> <hr/> |
| <p>N.º de apartamento *Ciudad</p> <hr/> | <p>Dirección del establecimiento</p> <hr/> |
| <p>*Estado *Código postal *País</p> <hr/> | |
| <p>*Teléfono</p> <hr/> | |
| <p><input type="checkbox"/> Autorizo a Foundation Medicine a dejar un mensaje de voz con detalles en este número de teléfono.</p> | |
| <p>Correo electrónico</p> <hr/> | |
| | <h3>Circunstancias atenuantes</h3> |
| | <p>Indique cualquier circunstancia atenuante que desea que consideremos:</p> |
| | <p><input type="checkbox"/> Gastos médicos significativos, incluidos gastos de viaje no locales para tratamiento (por ejemplo: hotel, pasaje de avión, etc.), que superen el 10 % del ingreso familiar anual bruto total.</p> |
| | <p><input type="checkbox"/> Deudas significativas de tarjetas de crédito o gastos imprevistos significativos (por ejemplo: reparación de la casa o del automóvil) que superen el 10 % del ingreso familiar anual bruto total.</p> |
| | <p><input type="checkbox"/> Apoyo financiero de familiares fuera del hogar (por ejemplo: pensión alimenticia, manutención de los hijos) que supere el 10 % del ingreso familiar anual bruto total.</p> |
| | <p><input type="checkbox"/> Pérdida o reducción temporal de ingresos debido al diagnóstico o tratamiento.</p> |
| | <p><input type="checkbox"/> Pérdida permanente o reducción de ingresos debido al diagnóstico o tratamiento.</p> |
| | <p><input type="checkbox"/> Recibe atención benéfica del establecimiento donde se indicó el estudio (adjunte documentación con detalles, en papel membretado de la institución).</p> |
| | <p><input type="checkbox"/> Otro (escriba a continuación o adjunte detalles adicionales)</p> |
| | <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |
| <h3>*Ingreso bruto anual total del grupo familiar y tamaño de la familia</h3> | |
| <p>Mencione el ingreso familiar bruto anual actual (no se aceptan rangos estimados).</p> <hr/> | |
| <p>Incluya la cantidad de miembros de la familia en el hogar que sostiene el ingreso familiar anual bruto mencionado (incluido el paciente). Este número debe incluirse para procesar el formulario.</p> <input type="text"/> | |
| <h3>*¿A quién deberíamos contactar con la decisión de aprobación?</h3> | |
| <p>Asegúrese de que se complete la información de contacto del paciente y del establecimiento en la parte superior del formulario.</p> | |
| <p>Marque todas las opciones que correspondan:</p> | <p>Método de contacto preferido: (seleccione uno)</p> |
| <p><input type="checkbox"/> Paciente</p> | <p><input type="checkbox"/> Correo electrónico</p> |
| <p><input type="checkbox"/> Consultorio</p> | <p><input type="checkbox"/> Teléfono</p> |
| | <p><input type="checkbox"/> Correo postal</p> |
| | <p><input type="checkbox"/> Fax</p> |
| | |
| <h3>*Confirmación</h3> | |
| <p>Confirmando que no tengo suficientes recursos ni activos para cubrir el costo de las pruebas de Foundation Medicine y al mismo tiempo cumplir con mis obligaciones y responsabilidades financieras actuales. Entiendo que Foundation Medicine puede comunicarse conmigo para verificar la información proporcionada en esta solicitud de asistencia financiera. Afirmo que la información que he proporcionado es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. Acepto notificar a Foundation Medicine si mi situación financiera cambia y ya no necesito ayuda financiera. Entiendo que si se descubre que alguna información que proporcione es falsa, se me negará la ayuda financiera y seré responsable de pagar los servicios prestados.</p> | |
| <p>*Nombre del paciente o su representante* (en imprenta)</p> <hr/> | <p>*Firma</p> <hr/> |
| <p>*Vínculo con el paciente</p> <hr/> | <p>*Fecha</p> <hr/> |
| <p>*Como representante del paciente o como médico solicitante que completa esta solicitud en nombre del paciente, certifico con mi firma que he explicado al paciente la naturaleza y el propósito de este formulario; el paciente ha otorgado su consentimiento para que complete la solicitud en su nombre y ha proporcionado la información necesaria para completarla y confirma su exactitud, como se describe en el párrafo al respecto. Mi firma no constituye una aceptación de responsabilidad financiera ni de obligación por los servicios prestados. Si soy un médico que indica el estudio, con mi firma también indico que, al momento de la solicitud, el paciente mencionado no pudo firmar este formulario y no había ningún representante autorizado disponible o dispuesto a firmar en nombre de él.</p> | |
| <h3>Devuelva el formulario firmado a la atención de: Equipo de acceso</h3> | |
| <p>Fax: 617-830-0279 Correo postal: 400 Summer Street, Boston, MA 02210 Correo electrónico: client.services@foundationmedicine.com</p> | |

En el caso de pacientes con seguro médico, primero se facturará al proveedor de seguros. Su monto calificado para asistencia financiera se aplicará a cualquier saldo pendiente restante después de facturar al seguro.