

Solicitud para el programa de asistencia al paciente

Gracias por su interés en el Programa de asistencia financiera de Ambry Genetics Corporation. Complete la siguiente información y devuelva la solicitud completa junto con la(s) declaración(es) que se enumeran. Procesaremos su solicitud y le notificaremos sobre su elegibilidad. Este procesamiento demora hasta un máximo de 3 semanas.

Nota: Este proceso se demora si la solicitud está incompleta.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMERO(S) DE REGISTRO O DECLARACIÓN SI LOS CONOCE:

PRUEBA(S) ORDENADA(S):

1. ¿Tiene cobertura del seguro médico? Sí No

2. Si respondió "Sí", especifique la información de la compañía y adjunte una copia de la tarjeta del seguro.

Nombre de la compañía de seguro: _____

Dirección de la compañía de seguro: _____

Número de teléfono de la compañía de seguro: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ N.º de identificación: _____

3. Total de ingresos brutos anuales del núcleo familiar: \$ _____

El ingreso total del núcleo familiar incluye los siguientes aspectos para todos los miembros de la casa: Salario bruto, compensación por desempleo, compensación laboral o por discapacidad, beneficios del seguro social o complementarios (SSI), asistencia pública (TANF, SNAP, etc.), otros ingresos

4. Cantidad de familiares que residen en la vivienda que se sustentan con el ingreso mencionado: _____

Solicitud para el programa de asistencia al paciente

Por medio de la presente, reconozco que la información anterior es verdadera y correcta. Autorizo a Ambry Genetics a verificar la información antes mencionada a efectos de evaluar la necesidad financiera, que incluye el derecho a buscar documentación que la justifique para esta solicitud. Comprendo que si no reúno los requisitos, se me notificará y Ambry Genetics me cobrará. Por medio de la presente, reconozco que no estoy relacionado ni contratado por el médico que pidió las pruebas. Comprendo y estoy de acuerdo con que Ambry Genetics Corporation se reserve el derecho en cualquier momento y sin previo aviso de modificar el formulario de solicitud; modificar o cancelar este programa; y auditar la información que ingresé en esta solicitud. Además certifico y acepto que no pediré reembolso o crédito para estas pruebas de ninguna compañía de seguros, organización para el mantenimiento de la salud, programa del gobierno u otra fuente de asistencia financiera.

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE _____ FECHA _____

ACLARACIÓN _____

Formas de envío



Correo electrónico:

billing@ambrygen.com

Asunto: Solicitud para asistencia al paciente



Fax:

949-900-5501



Correo postal:

1 Enterprise

Aliso Viejo, CA 92656

Attn: Billing

PARA USO INTERNO ÚNICAMENTE:

Nombre del representante de atención telefónica del Servicio al Cliente: _____

Fecha: _____

NÚMERO DE FACTURA	FECHA DE SERVICIO	MONTO ADEUDADO	% APROBADO	MONTO AJUSTADO	MOTIVO DEL RECHAZO	FECHA DE CONTACTO DEL PACIENTE

Nombre del procesador: _____

Se recibió el: _____

Se procesó el: _____

Visite <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>