

Solicitud de asistencia financiera

BioReference®

BioReference Health, LLC, anteriormente conocida como BioReference Laboratories, Inc., se complace en ayudarle con sus necesidades de pruebas clínicas. Comprendemos que las pruebas pueden ser costosas, por lo que ofrecemos un Programa de Asistencia Financiera (Financial Assistance Program, FAP). Para ayudarnos a saber si reúne los requisitos para participar en este programa, complete la solicitud a continuación. **Para evitar retrasos, asegúrese de completar todos los campos.**

Tenga en cuenta lo siguiente: La asistencia financiera es solo para las pruebas que se facturan a través del seguro. Los planes de salud gubernamentales y algunos planes de salud comerciales no permiten que BioReference Health, LLC brinde asistencia financiera. Si tiene cobertura de cualquier seguro médico gubernamental, como Medicare, Medicaid, Managed Medicaid, Medicare Advantage, Tricare, Railroad, CHAMPUS o Federal BCBS, **no utilice este formulario**. Para analizar otras opciones de pago o para averiguar si su plan de salud comercial permite la asistencia financiera, comuníquese con nosotros al **1-833-469-5227** o a **billingcs@bioreference.com**.

Información del paciente (residentes de EE. UU. únicamente)			
Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Dirección de correo electrónico		Número de teléfono principal	
Dirección		Ciudad	Estado
Número de ingreso o Número de cuenta (si se conoce)	Tamaño familiar	Ingreso familiar (antes de impuestos)	

Para determinar si reúne los requisitos para el Programa de Asistencia Financiera (FAP) de BioReference, necesitamos conocer el tamaño de su familia (la cantidad de personas que viven en su hogar) y el ingreso familiar antes de impuestos. El ingreso familiar total incluye lo siguiente para TODOS los integrantes de su hogar: Salario bruto (su sueldo), compensación por desempleo, compensación del trabajador y por discapacidad, seguro social o beneficios complementarios (SSI), programas de asistencia pública (TANF, SNAP, etc.), pensión/jubilación, dividendos/intereses, rentas/regalías, compensación del trabajador o por desempleo, pensión alimenticia u otros activos.

Su compañía de seguro médico determinará cuál será su responsabilidad financiera como miembro para las pruebas de BioReference. Esta suma se detallará en la carta de Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) que le envíe su compañía de seguro médico (la carta EOB no es una factura). BioReference le facturará luego en función de su responsabilidad financiera como miembro descrita en la EOB. Si es aprobado para el FAP, en la factura final de BioReference le descontaremos el porcentaje que se enumera en la tabla a continuación para la que usted es elegible. La tabla se basa en las guías federales de pobreza de 2022 y se actualizará según se modifiquen las guías federales de forma anual.

Tamaño familiar	Descuento basado en el ingreso familiar				
	100 %	95 %	90 %	80 %	70 %
1	\$13,590.00	\$16,987.50	\$20,385.00	\$23,782.50	\$27,180.00
2	\$18,310.00	\$22,887.50	\$27,465.00	\$32,042.50	\$36,620.00
3	\$23,030.00	\$28,787.50	\$34,545.00	\$40,302.50	\$46,060.00
4	\$27,750.00	\$34,687.50	\$41,625.00	\$48,562.50	\$55,500.00
5	\$32,470.00	\$40,587.50	\$48,705.00	\$56,822.50	\$64,940.00
6	\$37,190.00	\$46,487.50	\$55,785.00	\$65,082.50	\$74,380.00
7	\$41,910.00	\$52,387.50	\$62,865.00	\$73,342.50	\$83,820.00
8	\$46,630.00	\$58,287.50	\$69,945.00	\$81,602.50	\$93,260.00

Necesitamos algunos documentos adicionales para confirmar su ingreso familiar. Estamos obligados por su compañía de seguro médico y las leyes aplicables a recopilar esta información.

Junto con este formulario completo, envíe copias de dos de los tres tipos de documentación justificativa:

- Tipo 1: Última declaración federal de impuestos (1040 o 1040EZ)
- Tipo 2: Declaración de retenciones W-2
- Tipo 3: Sus dos últimos talones de pago consecutivos (2 talones de pago cuentan como un tipo de documentación)

Otras situaciones financieras extremas: proporcionar documentación de cualquier otra dificultad financiera que le gustaría que tengamos en cuenta, como por ejemplo:

- Copia de estado de quiebra
- Resumen de facturas médicas excesivas
- Fallecimiento o discapacidad recientes de un integrante asalariado de su grupo familiar

Por el presente certifico que la información proporcionada anteriormente y la documentación que le presento a BioReference son fieles y precisas. BioReference se reserva el derecho de modificar el formulario de solicitud y modificar o finalizar este programa, auditar mi información o solicitar documentación adicional de ingresos y necesidad financiera, en cualquier momento y sin notificación previa. Además, certifico que no dispongo de cobertura mediante ningún plan de seguro gubernamental, como Medicare, Medicaid, Managed Medicaid, Medicare Advantage, Tricare, Railroad, CHAMPUS o Federal BCBS.

IMPORTANTE: Toda la información que nos envíe se maneja de forma segura, pero solo se necesitan su nombre y apellido, fecha de nacimiento e información sobre ingresos brutos en los documentos que nos presente.

Tache toda la demás información personal sensible, como número del seguro social e ingresos netos.

Envíenos este formulario completo y sus documentos justificativos (con la información sensible innecesaria tachada) a través de una de las siguientes opciones seguras:

1. Por fax a: **201-703-7130**
2. **billingcs@bioreference.com**
3. Por correo postal a:
ATTN: Billing / Customer Service BioReference Health, LLC.
481 Edward H. Ross Dr
Elmwood Park, NJ 07407

COMO RECORDATORIO: Al solicitar ingresar en nuestro Programa de Asistencia Financiera, BioReference Health, LLC le facturará a su seguro.

Firma del paciente/de la parte responsable	Fecha (MM/DD/AAAA)
--	--------------------

Solicitud de asistencia financiera



PASO 1: Completar el formulario de solicitud y preparar la documentación justificativa

Seleccionar dos de los tres tipos de documentación justificativa de la página anterior y tachar su información personal sensible (por ejemplo, número del seguro social).

BioReference solo se debe ver su nombre y apellido, fecha de nacimiento e ingresos brutos. Estos son algunos ejemplos de cómo tachar la información personal sensible de sus documentos:

Sample Company 123 Main St. Gaithersburg, MD 12345		EARNINGS STATEMENT					
EMPLOYEE NAME	SSN	EMPLOYEE ID	CHECK NO.	PAY PERIOD	PAY DATE		
John Doe	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MM/DD/YY - MM/DD/YY	MM/DD/YY		
INCOME	RATE	HOURS	CURRENT TOTAL	DEDUCTIONS	CURRENT TOAL	YEAR-TO-DATE	
GROSS WAGES	[REDACTED]	[REDACTED]	970.00	FICA MED TAX FICA SS TAX FED TAX	[REDACTED]	[REDACTED]	
YTD GROSS	YTD DEDUCTIONS	YTD NET PAY	CURRENT TOTAL	CURRENT DEDUCTIONS	NET PAY		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		

22222	Employee's social security number	OMB No. 1545-0008
b	Employee identification number (EIN)	1 Wages, tips, other compensation
c	Employee's name, address, and ZIP code	2 Federal income tax withheld
d	Control number	3 Social security wages
e	Employee's first name and initial	4 Social security tax withheld
f	Employee's address and ZIP code	5 Medicare wages and tips
g	CA Employee's state ID number	6 Medicare tax withheld
h	16 State wages, tips, etc.	7 Social security tips
i	17 State income tax	8 Allocated tips
j	\$50,000	9 Verification code
k	18 Local wages, tips, etc.	10 Dependent care benefits
l	19 Local income tax	11 Nonqualified plans
m	20 Locality name	12a
n		12b
o		12c
p		12d

W-2 Wage and Tax Statement 20XX
Form Copy 1 - For State, City, or Local Tax Department Department of the Treasury-Internal Revenue Service



PASO 2: Enviar el formulario completo y la documentación justificativa

Enviar sus documentos a través de una de las siguientes opciones seguras:

- Por fax a: **201-703-7130**
- Envíe un correo electrónico a: **billingcs@bioreference.com**
- Por correo postal a:
ATTN: Billing / Customer Service BioReference Health, LLC.
481 Edward H. Ross Dr.
Elmwood Park, NJ 07407



Una vez que haya enviado el material para el FAP, comuníquese con nosotros para asegurarse de que hayamos recibido su solicitud y la documentación.

1-833-469-5227



PASO 3: Revisión de FAP, Explicación de beneficios (EOB) y pago

Una vez que se haya revisado su solicitud para el Programa de asistencia financiera (FAP) y sus documentos, nos comunicaremos con usted para hacerle saber si ha sido aprobado.*

Su compañía de seguro médico le enviará la carta de Explicación de Beneficios (EOB), que puede llegar antes de que BioReference se haya comunicado con usted acerca del FAP. No es necesario que haga ningún pago hasta que BioReference se lo haya notificado y le haya enviado una factura de BioReference.

Si ha sido aprobado para el FAP, se aplicará el porcentaje con descuento a la responsabilidad financiera como miembro que figura en la EOB. Por ejemplo, si su porcentaje de descuento por el FAP es del 40 % y su responsabilidad financiera como miembro en la EOB es de \$300, recibirá una factura de BioReference por \$180.00.

	Explanation of Benefits (EOB) July 15, 20XX THIS IS NOT A BILL																											
Subscriber Information	Total of Claim(s)																											
First: John Last: Doe ID: Z12345678	Your current claim(s) total: \$350.00 Your insurance Company paid: \$50.00 MEMBER RESPONSIBILITY Amount you are responsible for: \$300.00 <small>(Includes: copays, deductible, coinsurance, not covered or excluded services)</small>																											
Patient: John Doe ID: Z12345678																												
Medical Services Detail	Amount Your Provider May Bill You																											
Claim #: 01-23456-78-90 Provider: ZEE O'PARE Date(s): 07/01/2019 Service: LABORATORY	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Your Provider Billed</th> <th>Amount Allowed</th> <th>Member Savings</th> <th>Your Plan Paid</th> <th>Copayment</th> <th>Deductible</th> <th>Coinsurance</th> <th>Other Liability</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$350.00</td> <td>\$100.00</td> <td>\$50.00</td> <td>\$0.00</td> <td>\$0.00</td> <td>\$100.00</td> <td>\$0.00</td> <td>\$0.00</td> <td>\$100.00</td> </tr> <tr> <td>Total for Claim # 01-23456-78-90</td> <td>\$350.00</td> <td>\$100.00</td> <td>\$50.00</td> <td>\$0.00</td> <td>\$100.00</td> <td>\$0.00</td> <td>\$0.00</td> <td>\$300.00</td> </tr> </tbody> </table>	Your Provider Billed	Amount Allowed	Member Savings	Your Plan Paid	Copayment	Deductible	Coinsurance	Other Liability	TOTAL	\$350.00	\$100.00	\$50.00	\$0.00	\$0.00	\$100.00	\$0.00	\$0.00	\$100.00	Total for Claim # 01-23456-78-90	\$350.00	\$100.00	\$50.00	\$0.00	\$100.00	\$0.00	\$0.00	\$300.00
Your Provider Billed	Amount Allowed	Member Savings	Your Plan Paid	Copayment	Deductible	Coinsurance	Other Liability	TOTAL																				
\$350.00	\$100.00	\$50.00	\$0.00	\$0.00	\$100.00	\$0.00	\$0.00	\$100.00																				
Total for Claim # 01-23456-78-90	\$350.00	\$100.00	\$50.00	\$0.00	\$100.00	\$0.00	\$0.00	\$300.00																				

*Si no es elegible o no se ha recibido toda la documentación requerida, recibirá una factura por el valor total.