

Solicitud de asistencia financiera



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 2024 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	\$ 15,060.00	\$ 18,825.00	\$ 22,590.00	\$ 26,355.00	\$ 30,120.00
2	\$ 20,440.00	\$ 25,550.00	\$ 30,660.00	\$ 35,770.00	\$ 40,880.00
3	\$ 25,820.00	\$ 32,275.00	\$ 38,730.00	\$ 42,185.00	\$ 51,640.00
4	\$ 31,200.00	\$ 39,000.00	\$ 46,800.00	\$ 54,600.00	\$ 62,400.00
5	\$ 36,580.00	\$ 45,725.00	\$ 54,870.00	\$ 64,015.00	\$ 73,160.00
6	\$ 41,960.00	\$ 52,450.00	\$ 62,940.00	\$ 73,430.00	\$ 83,920.00
7	\$ 47,340.00	\$ 59,175.00	\$ 71,010.00	\$ 82,845.00	\$ 94,680.00
8	\$ 52,720.00	\$ 65,900.00	\$ 79,080.00	\$ 92,260.00	\$ 105,440.00

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				MM/DD/YY - MM/DD/YY	MM/DD/YY		
INCOME	RATE	HOURS	CURRENT TOTAL	DEDUCTIONS	CURRENT TOAL	YEAR-TO-DATE	
GROSS WAGES			970.00	FICA MED TAX FICA SS TAX FED TAX			
YTD GROSS	YTD DEDUCTIONS	YTD NET PAY	CURRENT TOTAL	CURRENT DEDUCTIONS	NET PAY		

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	State	6 Medicare tax withheld
h	Employer's state ID number	7 Social security tips
i	State wages, tips, etc.	8 Allocated tips
j	State income tax	9 Verification code
k	Local wages, tips, etc.	10 Dependent care benefits
l	Local income tax	11 Nonqualified plans
m	Local income tax	12a
n	Local income tax	12b
o	Local income tax	12c
p	Local income tax	12d
q	Local income tax	12e
r	Local income tax	12f
s	Local income tax	12g
t	Local income tax	12h
u	Local income tax	12i
v	Local income tax	12j
w	Local income tax	12k
x	Local income tax	12l
y	Local income tax	12m
z	Local income tax	12n
aa	Local income tax	12o
ab	Local income tax	12p
ac	Local income tax	12q
ad	Local income tax	12r
ae	Local income tax	12s
af	Local income tax	12t
ag	Local income tax	12u
ah	Local income tax	12v
ai	Local income tax	12w
aj	Local income tax	12x
ak	Local income tax	12y
al	Local income tax	12z
am	Local income tax	13
an	Local income tax	14
ao	Local income tax	15
ap	Local income tax	16
aq	Local income tax	17
ar	Local income tax	18
as	Local income tax	19
at	Local income tax	20
au	Local income tax	21
av	Local income tax	22
aw	Local income tax	23
ax	Local income tax	24
ay	Local income tax	25
az	Local income tax	26
ba	Local income tax	27
bb	Local income tax	28
bc	Local income tax	29
bd	Local income tax	30
be	Local income tax	31
bf	Local income tax	32
bg	Local income tax	33
bh	Local income tax	34
bi	Local income tax	35
bj	Local income tax	36
bk	Local income tax	37
bl	Local income tax	38
bm	Local income tax	39
bn	Local income tax	40
bo	Local income tax	41
bp	Local income tax	42
bq	Local income tax	43
br	Local income tax	44
bs	Local income tax	45
bt	Local income tax	46
bu	Local income tax	47
bv	Local income tax	48
bw	Local income tax	49
bx	Local income tax	50
by	Local income tax	51
bz	Local income tax	52
ca	Local income tax	53
cb	Local income tax	54
cc	Local income tax	55
cd	Local income tax	56
ce	Local income tax	57
cf	Local income tax	58
cg	Local income tax	59
ch	Local income tax	60
ci	Local income tax	61
cj	Local income tax	62
ck	Local income tax	63
cl	Local income tax	64
cm	Local income tax	65
cn	Local income tax	66
co	Local income tax	67
cp	Local income tax	68
cq	Local income tax	69
cr	Local income tax	70
cs	Local income tax	71
ct	Local income tax	72
cu	Local income tax	73
cv	Local income tax	74
cw	Local income tax	75
cx	Local income tax	76
cy	Local income tax	77
cz	Local income tax	78
da	Local income tax	79
db	Local income tax	80
dc	Local income tax	81
dd	Local income tax	82
de	Local income tax	83
df	Local income tax	84
dg	Local income tax	85
dh	Local income tax	86
di	Local income tax	87
dj	Local income tax	88
dk	Local income tax	89
dl	Local income tax	90
dm	Local income tax	91
dn	Local income tax	92
do	Local income tax	93
dp	Local income tax	94
dq	Local income tax	95
dr	Local income tax	96
ds	Local income tax	97
dt	Local income tax	98
du	Local income tax	99
dv	Local income tax	100
dw	Local income tax	101
dx	Local income tax	102
dy	Local income tax	103
dz	Local income tax	104
ea	Local income tax	105
eb	Local income tax	106
ec	Local income tax	107
ed	Local income tax	108
ee	Local income tax	109
ef	Local income tax	110
eg	Local income tax	111
eh	Local income tax	112
ei	Local income tax	113
ej	Local income tax	114
ek	Local income tax	115
el	Local income tax	116
em	Local income tax	117
en	Local income tax	118
eo	Local income tax	119
ep	Local income tax	120
eq	Local income tax	121
er	Local income tax	122
es	Local income tax	123
et	Local income tax	124
eu	Local income tax	125
ev	Local income tax	126
ew	Local income tax	127
ex	Local income tax	128
ey	Local income tax	129
ez	Local income tax	130
fa	Local income tax	131
fb	Local income tax	132
fc	Local income tax	133
fd	Local income tax	134
fe	Local income tax	135
ff	Local income tax	136
fg	Local income tax	137
fh	Local income tax	138
fi	Local income tax	139
fj	Local income tax	140
fk	Local income tax	141
fl	Local income tax	142
fm	Local income tax	143
fn	Local income tax	144
fo	Local income tax	145
fp	Local income tax	146
fq	Local income tax	147
fr	Local income tax	148
fs	Local income tax	149
ft	Local income tax	150
fu	Local income tax	151
fv	Local income tax	152
fw	Local income tax	153
fx	Local income tax	154
fy	Local income tax	155
fz	Local income tax	156
ga	Local income tax	157
gb	Local income tax	158
gc	Local income tax	159
gd	Local income tax	160
ge	Local income tax	161
gf	Local income tax	162
gg	Local income tax	163
gh	Local income tax	164
gi	Local income tax	165
gj	Local income tax	166
gk	Local income tax	167
gl	Local income tax	168
gm	Local income tax	169
gn	Local income tax	170
go	Local income tax	171
gp	Local income tax	172
gq	Local income tax	173
gr	Local income tax	174
gs	Local income tax	175
gt	Local income tax	176
gu	Local income tax	177
gv	Local income tax	178
gw	Local income tax	179
gx	Local income tax	180
gy	Local income tax	181
gz	Local income tax	182
ha	Local income tax	183
hb	Local income tax	184
hc	Local income tax	185
hd	Local income tax	186
he	Local income tax	187
hf	Local income tax	188
hg	Local income tax	189
hh	Local income tax	190
hi	Local income tax	191
hj	Local income tax	192
hk	Local income tax	193
hl	Local income tax	194
hm	Local income tax	195
hn	Local income tax	196
ho	Local income tax	197
hp	Local income tax	198
hq	Local income tax	199
hr	Local income tax	200
hs	Local income tax	201
ht	Local income tax	202
hu	Local income tax	203
hv	Local income tax	204
hw	Local income tax	205
hx	Local income tax	206
hy	Local income tax	207
hz	Local income tax	208
ia	Local income tax	209
ib	Local income tax	210
ic	Local income tax	211
id	Local income tax	212
ie	Local income tax	213
if	Local income tax	214
ig	Local income tax	215
ih	Local income tax	216
ii	Local income tax	217
ij	Local income tax	218
ik	Local income tax	219
il	Local income tax	220
im	Local income tax	221
in	Local income tax	222
io	Local income tax	223
ip	Local income tax	224
iq	Local income tax	225
ir	Local income tax	226
is	Local income tax	227
it	Local income tax	228
iu	Local income tax	229
iv	Local income tax	230
iu	Local income tax	231
iv	Local income tax	232
iu	Local income tax	233
iv	Local income tax	234
iu	Local income tax	235
iv	Local income tax	236
iu	Local income tax	237
iv	Local income tax	238
iu	Local income tax	239
iv	Local income tax	240
iu	Local income tax	241
iv	Local income tax	242
iu	Local income tax	243
iv	Local income tax	244
iu	Local income tax	245
iv	Local income tax	246
iu	Local income tax	247
iv	Local income tax	248
iu	Local income tax	249
iv	Local income tax	250

PASO 2: Enviar el formulario completo y la documentación justificativa

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

1. Por fax a: **201-703-7130**
2. Envíe un correo electrónico a: **billingcs@bioreference.com**
3. 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 First: John Last: Doe ID: Z12345678		Total of Claim(s) Your current claim(s) total: \$350.00 Your insurance Company paid: \$50.00 MEMBER RESPONSIBILITY Amount you are responsible for: \$300.00 (Includes: copays, deductible, coinsurance, not covered or excluded services)																																																			
Patient: John Doe ID: Z12345678																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medical Services Detail</th> <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>Claim #: 01-23456-78-90</td> <td></td> <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>\$100.00</td> </tr> <tr> <td>Provider: ZEE O'PARE Date(s): 07/01/20XX</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Service: LABORATORY</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Total for Claim # 01-23456-78-90</td> <td></td> <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>\$300.00</td> </tr> </tbody> </table>	Medical Services Detail	Your Provider Billed	Amount Allowed	Member Savings	Your Plan Paid	Copayment	Deductible	Coinsurance	Other Liability	TOTAL	Claim #: 01-23456-78-90		\$350.00	\$100.00	\$50.00	\$0.00	\$0.00	\$100.00	\$0.00	\$100.00	Provider: ZEE O'PARE Date(s): 07/01/20XX										Service: LABORATORY										Total for Claim # 01-23456-78-90		\$350.00	\$100.00	\$50.00	\$0.00	\$0.00	\$100.00	\$0.00	\$300.00			
Medical Services Detail	Your Provider Billed	Amount Allowed	Member Savings	Your Plan Paid	Copayment	Deductible	Coinsurance	Other Liability	TOTAL																																												
Claim #: 01-23456-78-90		\$350.00	\$100.00	\$50.00	\$0.00	\$0.00	\$100.00	\$0.00	\$100.00																																												
Provider: ZEE O'PARE Date(s): 07/01/20XX																																																					
Service: LABORATORY																																																					
Total for Claim # 01-23456-78-90		\$350.00	\$100.00	\$50.00	\$0.00	\$0.00	\$100.00	\$0.00	\$300.00																																												

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