

BioReference Health, LLC 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 algún 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, llámenos al **1-833-469-5227** o **escribanos un correo electrónico a billingcs@bioreference.com**.

Información del paciente (residentes de los 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 de la familia	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 de Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, 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 le aprueban para el FAP, en la factura final de BioReference le descontaremos el porcentaje que se enumera en la tabla a continuación para el que usted es elegible. La tabla se basa en las guías federales de pobreza de 2026 y se actualizará según se modifiquen las guías federales cada año.

Tamaño de la familia	Descuento según los ingresos familiares anuales				
	100 %	95 %	90 %	80 %	70 %
1	\$ 15,960.00	\$ 19,950.00	\$ 23,940.00	\$ 27,930.00	\$ 31,920.00
2	\$ 21,640.00	\$ 27,050.00	\$ 32,460.00	\$ 37,870.00	\$ 43,280.00
3	\$ 27,320.00	\$ 34,150.00	\$ 40,980.00	\$ 47,810.00	\$ 54,640.00
4	\$ 33,000.00	\$ 41,250.00	\$ 49,500.00	\$ 57,750.00	\$ 66,000.00
5	\$ 38,680.00	\$ 48,350.00	\$ 58,020.00	\$ 67,690.00	\$ 77,360.00
6	\$ 44,360.00	\$ 55,450.00	\$ 66,540.00	\$ 77,630.00	\$ 88,720.00
7	\$ 50,040.00	\$ 62,550.00	\$ 75,060.00	\$ 87,570.00	\$ 100,080.00
8	\$ 55,720.00	\$ 69,650.00	\$ 83,580.00	\$ 97,510.00	\$ 111,440.00

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, por ejemplo:

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

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 delicada, como número del seguro social e ingresos netos.

Envíenos este formulario completo y sus documentos justificativos (con la información delicada 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.

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.

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

Solicitud de asistencia financiera



PASO 1: Cumplimentación del formulario de solicitud y preparación de la documentación justificativa

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

BioReference solo debe poder ver su nombre y apellido, fecha de nacimiento e ingresos brutos. Estos son algunos ejemplos de cómo tache la información delicada 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 TOTAL	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 Employer identification number (EIN)			
c Employer's name, address, and ZIP code			
d Control number			
e Employee's first name and initial	John Doe	Last name	
f Employee's address and ZIP code			
15 State	CA	16 State wages, tips, etc.	\$50,000
17 State income tax		18 Local wages, tips, etc.	
19 Local income tax		20 Locality name	MU

W-2 Wage and Tax Statement 20XX



PASO 2: Envío del formulario completo y la documentación justificativa

Envíe sus documentos por una de las siguientes opciones seguras:

- Por fax a: **201-703-7130**
- Por 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 hayan revisado su solicitud para el Programa de Asistencia Financiera (FAP) y sus documentos, nos comunicaremos con usted para hacerle saber si le han 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 le han 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 70 % y su responsabilidad financiera como miembro en la EOB es de \$300, recibirá una factura de BioReference por \$90.00.

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



YOUR
Insurance
Company

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: \$300.00
Your Insurance Company paid: \$00.00
MEMBER RESPONSIBILITY
Amount you are responsible for: \$300.00
(includes copays, deductible, coinsurance, not covered or excluded services)

Patient: John Doe ID: Z12345678

Medical Services Detail	Your Provider	Member Benefit	Amount Allowed	Member Savings	Your Plan Paid	Copayment	Deductible	Coinsurance	Other Liability	TOTAL
Provider: JANE SMITH, MD Date(s): 07/01/20XX	\$500.00	\$300.00	\$200.00	\$0.00	\$0.00	\$300.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$300.00
Service: LABORATORY	\$500.00	\$300.00	\$200.00	\$0.00	\$0.00	\$300.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$300.00
Total for Claim # 01-23456-78-90	\$500.00	\$300.00	\$200.00	\$0.00	\$0.00	\$300.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$300.00