Programa de asistencia al paciente
Correo: Exact Sciences, 1 Exact Ln Madison, WI 53713
Fax: 608-713-7368
Correo electrónico: help@exactsciences.com

Formulario de divulgación y solicitud de asistencia al paciente

Los pacientes que soliciten asistencia deben completar y enviar este formulario con la documentación de respaldo.

Nombre del paciente (nombre y apellido): _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Dirección postal del paciente: _____

Teléfono: _____ Idioma preferido (encierre una opción en un círculo): ESPAÑOL - INGLÉS

Sección 1
Proporcione al menos **UNO** de los documentos enumerados a continuación:

a. Una copia del formulario W2 de impuestos del año pasado.

b. Una copia de la declaración de impuestos federal o estatal del año pasado (solo la página(s) que muestra los ingresos brutos (antes de impuestos).

c. Una copia de su último recibo de nómina o cheque del Seguro Social.

d. Si actualmente está desempleado, una copia de las ganancias por desempleo.

e. Prueba de que usted califica para algún programa de asistencia del condado, estado o federal en función de sus ingresos (p. ej., Medicaid, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Ingresos de Seguridad Suplementaria (SSI), Programa de Asistencia de Energía en el Hogar, Programa WIC (Mujeres, Bebés y Niños), etc.). **Si no está seguro de para cuáles programas podría calificar, comuníquese con nuestro Centro de Atención de Facturas para el Cliente al 866-267-2322.**

f. Si el paciente **no** tiene ninguno de los documentos anteriores, describa la necesidad financiera del paciente. El paciente aún podría calificar para recibir asistencia.

Sección 2
Calcule los ingresos brutos anuales (antes de impuestos) para todo el hogar del paciente: $ _____
Número de personas que viven en el hogar del paciente: _____

Sección 3
Certifico que toda la información proporcionada a los laboratorios de Exact Sciences es verdadera y completa. Entiendo que los laboratorios de Exact Sciences se reservan el derecho de verificar toda la información enviada. Reconozco que mi solicitud **no** garantiza que recibiré/el paciente recibirá asistencia financiera de ningún tipo.

Firma del paciente/progenitor/tutor (o explicar por qué el paciente no puede firmar):
_____

Fecha: _____

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Si no puede pagar la totalidad de la factura, le recomendamos que solicite asistencia financiera antes de efectuar cualquier pago. Si realiza un pago, no se lo reembolsaremos. La capacidad de Exact para prestar este tipo de asistencia a los pacientes está sujeta a diversas restricciones y la disponibilidad de dicha asistencia es limitada. Si desea analizar las opciones de pago o tiene alguna otra pregunta relacionada con el pago, llame a nuestro Centro de Atención de Facturas para el Cliente al 866-267-2322.

©2024 Exact Sciences Corporation. Todos los derechos reservados.