

## GUÍA DEL PACIENTE PARA ANÁLISIS Y REEMBOLSO

CIRCULOGENE se dedica a realizar análisis de sangre somáticos y hereditarios para todos los pacientes. Para ayudar a los pacientes con dificultades financieras, creamos el Programa de Acceso a CIRCULOGENE (CAP).

Si está interesado en solicitar el CAP, por favor pida una solicitud antes o después del análisis de sangre.

### Explicación de los beneficios:

Después del análisis de sangre, su compañía de seguros puede proporcionarle una explicación de beneficios (EOB).

**Esto no es una factura.** Si recibe una EOB y tiene preguntas sobre sus beneficios, por favor llame a nuestro equipo de asesoría al paciente al 855-380-1555.

### Para los pacientes con Medicare:

- No hay gastos de bolsillo para los pacientes que tienen cobertura de Medicare.
- En el caso de los pacientes que no cumplen los criterios de cobertura de Medicare, CIRCULOGENE se comunicará con su médico para estudiar las opciones, incluida la posible necesidad de un aviso previo al beneficiario de la no cobertura.

### Para pacientes con Medicaid:

- No hay gastos de bolsillo para los pacientes que tienen cobertura de Medicaid

### Para pacientes con seguro privado:

- La mayoría de las aseguradoras cubren los análisis de CIRCULOGENE y los genes en nuestros paneles Somáticos y Hereditarios. CIRCULOGENE presentará sus reclamos directamente a su proveedor de seguros y procesará las apelaciones necesarias para asegurar que usted reciba la cobertura permitida por su plan.
- Los pacientes que tengan una responsabilidad financiera superior a \$100 o que tengan dudas sobre su responsabilidad financiera deben llamar a nuestro equipo de asesoría al paciente al 855-380-1555. Los pacientes pueden calificar para una reducción o renuncia de responsabilidad financiera.

### Para pacientes sin seguro:

- Estamos orgullosos de ofrecer el Programa de Acceso a CIRCULOGENE (CAP).

### Cómo solicitar el Programa de Acceso a CIRCULOGENE (CAP)

Ya sea antes o después de los análisis, los pacientes pueden pedir una solicitud a su médico o contactando a nuestro equipo de asesoría al paciente al 855-380-1555.

Por favor, asegúrese de incluir pruebas de ingresos en el formulario con dos comprobantes de pago recientes o su formulario W-2 más reciente y complete la solicitud.

Puede enviar su solicitud completa por fax o por correo:

Fax: 855-614-7084

Correo: CIRCULOGENE

SF51/Apartado postal 830525

Birmingham, AL 35283-0525

### ¿Preguntas?

Llame a nuestro equipo de asesoría al paciente al 855-380-1555 entre las 9 a.m. y las 5 p.m. hora del este.

## PROGRAMA DE ACCESO A CIRCULOGENE (CAP)

CIRCULOGENE se dedica a hacer nuestros análisis de sangre somáticos y hereditarios disponibles para todos los pacientes. Creamos el Programa de Acceso a CIRCULOGENE (CAP) para ayudar a los pacientes con dificultades financieras. Cualquier paciente puede presentar una solicitud y una prueba de ingresos para determinar la cantidad de ayuda para la que el paciente es elegible. Una vez que se hayan verificado los ingresos, la asistencia se aprobará en base a la siguiente tabla:

NÚMERO DE MIEMBROS EN EL HOGAR	DIRECTRIZ DE POBREZA	INGRESO DEL HOGAR PARA CALIFICAR PARA UNA REDUCCIÓN DEL 100%	INGRESO DEL HOGAR PARA CALIFICAR PARA UNA REDUCCIÓN DEL 75%
1	\$12,760	\$38,280	\$51,040
2	\$17,240	\$51,720	\$68,960
3	\$21,720	\$65,160	\$86,880
4	\$26,200	\$78,600	\$104,800
5	\$30,680	\$92,040	\$122,720
6	\$35,160	\$105,480	\$140,800
7	\$39,640	\$118,920	\$158,560
8	\$44,120	\$132,360	\$176,480

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
 APELLIDO PRIMER NOMBRE

\_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN

\_\_\_\_\_  
 CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

\_\_\_\_\_  
 TELÉFONO FECHA DE NACIMIENTO

MÉDICO QUE REFIERE: \_\_\_\_\_

**HOGAR DEL PACIENTE**

NÚMERO DE MIEMBROS EN EL HOGAR (INCLUIR DEPENDIENTES): \_\_\_\_\_

INGRESO ANUAL BRUTO DEL HOGAR: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS (ELEGIR UNO):**  2 COMPROBANTES DE PAGO RECIENTES  W-2

Por favor, envíe su solicitud completa con la prueba de ingresos en forma de dos comprobantes de pago recientes o su más reciente formulario W-2 por fax o por correo:

Fax:  
855-614-7084

Correo:  
CIRCULOGENE  
SF51/Apartado de correos  
830525  
Birmingham, AL 35283-0525

CON MI FIRMA ESTOY CONFIRMANDO QUE ESTA INFORMACIÓN ES VERDADERA Y PRECISA. HE LEÍDO LOS REQUISITOS DE CALIFICACIÓN Y CONFIRMO QUE NO SOY ELEGIBLE PARA MEDICARE O MEDICAID.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA FECHA

**¿Preguntas?**

Llame a nuestro equipo de asesoría al paciente al 855-380-1555 entre las 9 a.m. y las 5 p.m. hora del este.