

### ¿Qué es la asistencia financiera de Biodesix?

En Biodesix, asumimos el compromiso de brindar acceso a nuestras pruebas. Es por eso que ofrecemos asistencia financiera a pacientes calificados, lo que puede ayudar a reducir o eliminar el costo de las pruebas de Biodesix.

### ¿Quiénes son elegibles para solicitar asistencia financiera?

Los pacientes con: 1) ingresos familiares de \$175.000 o menos y; 2) un patrimonio familiar neto de \$2.000.000 o menos, y; 3) una factura por pruebas de Biodesix de \$100 o más.

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente			Ingresos familiares (Cuadro 9, Formulario 1040 del IRS)		
Fecha de nacimiento			Cantidad de dependientes		
Dirección			Estado de la presentación <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado		
Ciudad	Estado	Código postal	¿Es usted legalmente ciego? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Teléfono			<input type="checkbox"/> Mi patrimonio neto es <b>inferior</b> a \$2.000.000.		

Incluya copias de la información objetiva para confirmar la necesidad financiera (Formulario 1040 del IRS, W2, Declaración del Seguro Social, etc.). Edite los datos confidenciales antes de enviarlos. La solicitud debe recibirse antes de transcurridos los seis meses desde la fecha de la primera factura de Biodesix.

¿Tuvo dificultades financieras o hubo cambios en su situación financiera en el último año que desea que tengamos en cuenta? Incluya los importes en dólares y la documentación correspondiente (es decir, disminución de ingresos, aumento inesperado de gastos, etc.).

Certifico que la información anterior es precisa y está completa según mi leal saber y entender. Comprendo y acepto que se puede solicitar información adicional para procesar o auditar esta solicitud. Se mantendrá la confidencialidad de toda la información médica y financiera, salvo que la ley exija lo contrario. Por el presente, autorizo a Biodesix y a los proveedores de información a obtener y divulgar información de médicos, compañías de seguros y otros proveedores de información, según fuese necesario, para verificar la información proporcionada en esta solicitud.

Firma del paciente	Fecha
--------------------	-------

### ¿Cómo enviar la solicitud?

 Enviar de regreso con la muestra de sangre	 <b>Teléfono:</b> 1.844.367.3090; elija la opción "billing" (facturación)
 <b>Correo electrónico:</b> PatientAccess@biodesix.com	 <b>Fax:</b> 1.866.432.3338
 <b>Correo:</b> Biodesix Billing, P.O. Box 732569, Dallas, TX, 75373-2569	

Una vez recibida la solicitud, Biodesix determinará la elegibilidad y se enviará una carta de decisión al paciente en un plazo de cinco días hábiles.