



## Programa CARE de asistencia financiera para la prueba Vectra®

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE										INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE					APELLIDO														
FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)															DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO														
TELÉFONO MÓVIL/ TELÉFONO PRINCIPAL															TELÉFONO ALTERNATIVO														
DOMICILIO										CIUDAD										ESTADO					CÓDIGO POSTAL				

### CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- Si no tengo seguro, certifico que no soy elegible para Medicare, Medicaid ni ningún otro seguro de salud estatal o gubernamental y que no solicitaré a ninguna aseguradora o entidad gubernamental el reembolso de las tarifas de Vectra® eximidas.
- Si tengo un seguro, certifico que no solicitaré el reembolso de las tarifas de Vectra que son mi responsabilidad financiera a ninguna aseguradora o entidad gubernamental.
- Certifico que la información incluida en esta solicitud es correcta, a mi leal saber y entender. Entiendo que esta información no se utilizará para ningún otro fin, a menos que otorgue mi consentimiento por escrito o en la medida necesaria para documentar mi elegibilidad para el programa CARE de asistencia financiera para la prueba Vectra.
- Certifico que notificaré al programa CARE de asistencia financiera para la prueba Vectra dentro de los 30 días en el caso de presentarse algún cambio en mi estado de elegibilidad con respecto a los ingresos y la cobertura médica. Proporcionaré la documentación que sea necesaria para verificar la información incluida en esta solicitud, incluidos, entre otros, registros financieros personales.
- Al aceptar la prueba Vectra, autorizo al departamento de facturación de Vectra a obtener un informe de historial crediticio sobre mí en una agencia de informes crediticios elegida por el departamento de facturación de Vectra. Comprendo y acepto que el departamento de facturación de Vectra puede usar el informe de historial crediticio sobre mí para verificar si mis ingresos califican para ayuda financiera. Comprendo además que será una consulta de historial crediticio «blanda» (*soft credit inquiry*) que no afectará mi crédito en modo alguno.
- Si califico para recibir asistencia financiera, acepto proporcionar al departamento de facturación de Vectra toda la información o documentación adicional que pueda ser necesaria para confirmar mi elegibilidad para el programa de ayuda financiera.

PACIENTE FIRMA

FECHA

El programa CARE de asistencia financiera para la prueba Vectra se reserva el derecho de modificar o suspender este programa en cualquier paciente particular o en su totalidad, en cualquier momento.

**Por favor, envíe este formulario por correo electrónico a:**

**billinghelp@myriad.com o por FAX a: 801-883-8965**

**Programa CARE de asistencia financiera para la prueba Vectra | 1-877-743-8639**

**Departamento de facturación de Vectra | PO Box 581108 | Salt Lake City, UT 84158-1108**



©2019 Myriad Genetics, Inc. Vectra, Crescendo Bioscience, Myriad y los logotipos asociados son marcas comerciales o marcas registradas de Myriad Genetics, Inc. y sus filiales en los Estados Unidos y otras jurisdicciones. MGMKT 00370 5/19

Español (Spanish)

Myriad Genetics, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-743-8639.

繁體中文 (Chinese)

Myriad Genetics, Inc. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-877-743-8639。