

Asistencia financiera

Complete todos los espacios.

El tiempo típico de respuesta del formulario es de 5 a 7 días laborales:

billing@tempus.com
F: 800.893.0276

Para obtener una respuesta inmediata a la solicitud:

access.tempus.com
T: 800.739.4137

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido		Nombre		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo biológico
Dirección (Calle, Unidad)			Ciudad	Estado	Código postal
¿Tiene seguro médico?	Método principal de contacto (dirección de correo electrónico)			Método secundario de contacto (número de teléfono con código de área)	
Sí No					
Ingreso anual bruto del hogar estimado (OBLIGATORIO - Solo valores numéricos):			Número de miembros de la familia en el hogar financiados a través del ingreso anual bruto del hogar, incluido el paciente (OBLIGATORIO):		
¿Tiene alguno de los planes que se enumeran aquí?		Sí No	BCBSNC (Blue Cross Blue Shield North Carolina), BCSSC (Blue Cross Blue Shield South Carolina), BCBSVT (Blue Cross Blue Shield Vermont), CBC (Capital Blue Cross), CareSource OH/WV/KY/NC		

INFORMACIÓN DEL MÉDICO E INSTITUCIÓN SOLICITANTE	
Institución (nombre del hospital o consultorio donde recibe tratamiento)	Nombre del médico solicitante

CIRCUNSTANCIAS EXTENUANTES		
Pensión alimenticia o gastos de manutención de hijos > \$1,000 por mes	Actualmente inscrito en un programa de discapacidad a corto o largo plazo con mi empleador	Ninguna
Viajes a otro lugar para tratamiento (p. ej., hotel, pasaje aéreo) > \$1,000	Deuda de tarjeta de crédito > \$5,000	Otra:
Apoyo a familiares fuera del hogar	Gastos médicos > \$5,000	
Calificado para atención de caridad con mi médico	Pérdida permanente de ingresos debido al diagnóstico o tratamiento	
Comparta cualquier información adicional que desee que nuestro equipo de asistencia financiera tenga en cuenta al revisar su solicitud:		

CONSENTIMIENTO PARA LA SOLICITUD	
Paciente	
Al firmar y enviar esta solicitud, (1) doy mi consentimiento para recibir las pruebas genéticas ordenadas por mi proveedor de atención médica; (2) certifico que toda la información proporcionada es veraz y completa, y entiendo que la asistencia financiera puede retirarse si la información es inexacta; (3) doy mi consentimiento para que Tempus use la información para evaluar o verificar la elegibilidad para recibir asistencia y, cuando corresponda, Tempus puede divulgar la información anterior, así como cualquier determinación de elegibilidad que Tempus realice, a un laboratorio de referencia contratado por Tempus para que la use para evaluar o verificar la elegibilidad para su programa de asistencia financiera; y (4) reconozco que se me ha proporcionado información sobre dónde encontrar las políticas de privacidad aplicables (https://www.tempus.com/tempus-privacy-and-compliance-policies/), incluido el Aviso de Prácticas de Privacidad (https://www.tempus.com/notice-of-privacy-practices/), que explican cómo se pueden usar mi información de salud y mis muestras, así como las prácticas de Tempus para usar datos desidentificados con cualquier propósito legítimo. Para optar por no participar en ciertos usos secundarios de datos desidentificados, vaya a (https://www.tempus.com/tempus-privacy-and-compliance-policies/). Sus preferencias con respecto al uso secundario de datos no tendrán ningún impacto en su elegibilidad para recibir asistencia financiera.	
Representante del paciente	
Como representante personal legalmente autorizado del paciente, mi firma certifica que: (1) tengo derecho a presentar esta solicitud en nombre del paciente; (2) si es posible, le he explicado al paciente la naturaleza y el propósito de esta solicitud; (3) la información establecida anteriormente es, a mi mejor entender, veraz y completa; (4) doy mi consentimiento para las pruebas genéticas ordenadas por el proveedor de atención médica del paciente; (5) doy mi consentimiento para que Tempus use la información para evaluar o verificar la elegibilidad para recibir asistencia y, cuando corresponda, Tempus puede divulgar la información anterior, así como cualquier determinación de elegibilidad que Tempus realice, a un laboratorio de referencia contratado por Tempus para que la use para evaluar o verificar la elegibilidad para su programa de asistencia financiera; y (6) se me ha proporcionado información sobre dónde encontrar las políticas de privacidad aplicables (https://www.tempus.com/tempus-privacy-and-compliance-policies/), incluido el Aviso de Prácticas de Privacidad (https://www.tempus.com/notice-of-privacy-practices/), que explican cómo se pueden usar la información de salud y las muestras del paciente, así como las prácticas de Tempus para usar datos desidentificados con cualquier propósito legítimo. Para optar por no participar en ciertos usos secundarios de los datos desidentificados del paciente, vaya a (https://www.tempus.com/tempus-privacy-and-compliance-policies/). Las preferencias del paciente con respecto al uso secundario de datos no tendrán ningún impacto en su elegibilidad para recibir asistencia financiera.	
Nombre completo	Teléfono
Relación con el paciente	Correo electrónico
Firma	Fecha (MM/DD/AAAA)

Al firmar, usted indica que toda la información es correcta en la medida de sus capacidades. Si la información proporcionada resulta ser incorrecta, Tempus o los laboratorios de referencia contratados por Tempus se reservan el derecho de revocar la asistencia financiera.