



Programa de apoyo al paciente

Formulario de inscripción

Con este formulario, usted puede:

- Brindar la información de contacto preferida.
- Solicitar un presupuesto de los gastos de bolsillo para la prueba colonoSEQ.
- Inscribirse en nuestro Programa de apelaciones. Nos comunicaremos con usted si necesitamos más información de su parte durante el proceso de apelación.
- Solicitar asistencia financiera para los gastos de bolsillo para las pruebas.

1 Información del paciente

Nombre:	Inicial:	Apellido:
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono principal:		
Teléfono alternativo:		
Dirección de correo electrónico:		
Método de contacto de preferencia: <input type="checkbox"/> N.º de teléfono principal <input type="checkbox"/> N.º de teléfono alternativo <input type="checkbox"/> Dirección de correo electrónico		
Me gustaría recibir la notificación sobre la decisión de elegibilidad de inscripción: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enviar la notificación sobre la decisión de elegibilidad de inscripción a: <input type="checkbox"/> La dirección postal mencionada arriba <input type="checkbox"/> De forma segura a la dirección de correo electrónico mencionada arriba <input type="checkbox"/> Otro:	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): / /	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	

2 Información del seguro

Plan del seguro:	Identificación del suscriptor:
Identificación del grupo:	Nombre del suscriptor:
Relación con el suscriptor:	Número de teléfono del seguro:
<input type="checkbox"/> Me gustaría recibir un presupuesto de los gastos de bolsillo* para la prueba.	
Para el presupuesto de los gastos de bolsillo, contácteme a través de: <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico	

*Este pedido se debe realizar antes de ordenar la prueba. Adaptive no puede detener una prueba cuando luego de aceptar la muestra para el análisis.

3

Calificación para obtener ayuda financiera

Ingresos familiares anuales brutos totales**:	Número de personas en el hogar:
Gastos médicos totales del período anterior de 12 meses:	Otros factores financieros que debemos considerar:

Para ser elegible para la inscripción en la ayuda financiera a través de Adaptive Assist, un paciente debe reunir todos los criterios que se mencionan a continuación:

- Ser ciudadano o residente legal de los Estados Unidos y tener 18 años o más. Los pacientes menores de 18 años son elegibles, pero uno de los padres o el tutor legal debe firmar al formulario de solicitud.
- No tener seguro o tener uno que no cubra el costo total de las pruebas clonoSEQ.
- Satisfacer la necesidad económica en función de los ingresos del paciente y el tamaño de la familia o la suma de los gastos médicos como porcentaje de los ingresos familiares.

**Los ingresos familiares brutos totales son la cantidad de dinero que todas las personas de una familia ganan de todo tipo de fuentes (p. ej., salario, sueldo, propinas, ganancias de capital, interés, jubilaciones) antes de pagar impuestos. Los ingresos familiares brutos totales y el número de personas en el hogar son campos obligatorios y se usarán para poder determinar la elegibilidad para recibir ayuda financiera.

4

Certificación del paciente

Al firmar a continuación, usted certifica:

1. Que la información contenida en esta solicitud es completa y correcta a mi leal saber y entender.
2. Si Adaptive lo solicita, proporcionaré documentación de los ingresos, como la declaración de la renta, el formulario W-2, un recibo de pago reciente u otro documento equivalente con el que se demuestre la necesidad económica en un plazo de 45 días desde la solicitud.
3. Devolveré todo consentimiento para apelar que deba firmar.
4. Al firmar a continuación, autorizo la revelación de mi historia clínica a mi compañía de seguros para respaldar las apelaciones de reclamo.
5. Soy consciente de que, una vez que una prueba está en proceso, Adaptive no puede detener el análisis por un presupuesto de los gastos de bolsillo.
6. No pediré el reembolso desde mi HSA, FSA ni otra fuente de reembolso médico por los servicios que están cubiertos por esta solicitud de ayuda financiera.

Nombre (si no es el paciente): _____

Firma del paciente/la parte responsable: _____ Fecha: _____

5

Envío de la solicitud

Tenga la amabilidad de enviar su formulario de solicitud lleno y firmado por correo electrónico, fax o correo postal.

Correo electrónico:
AdaptiveBiotech@mylabbill.com

-O-

Fax:
1-440-788-2137

-O-

Dirección postal:
Adaptive Biotechnologies Corp
PO Box 103250
Pasadena, CA 91189-3250

En la mayoría de los casos, Adaptive Biotechnologies le enviará una carta de notificación indicando su determinación final de elegibilidad para el programa en un plazo de diez días laborales después de recibir su solicitud llena y firmada.

Un formulario incompleto podría ocasionar demoras de trámite o inscripción.

clonoSEQ[®] es una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) que se usa para detectar enfermedad mínima residual (EMR) en la médula ósea de pacientes con mieloma múltiple o leucemia linfoblástica aguda de linfocitos B (LLA-B) y sangre o médula ósea de pacientes con leucemia linfocítica crónica (LLC). clonoSEQ también está disponible para usarse en otros cánceres linfoides y tipos de muestras como una prueba desarrollada en laboratorio (LDT) validada por CLIA. Para obtener información importante sobre los usos de clonoSEQ aprobados por la FDA, incluidas las limitaciones de las pruebas, visite clonoSEQ.com/technical-summary.

Derechos de autor © 2023 Adaptive Biotechnologies Cor. Todos los derechos reservados.
PM-US-cSEQ-0472-7 | Página 2 de 2

Adaptive-Assist.com

Adaptive
biotechnologies™