

Este formulario sirve para disputar los gastos de bolsillo facturados al paciente en una factura detallada emitida por GeneDx.

Sírvase completar la información a continuación y devolver el formulario firmado junto con toda la información pertinente a: billing@genedx.com, o bien llámenos al (888) 729-1206 marcando la opción 2, y una vez más 2. Procesaremos el formulario de disputa y le notificaremos tan pronto como esta se haya revisado y resuelto. El tiempo de procesamiento habitual es de 5 días hábiles.

No pague ninguna factura que pudiera llegarle hasta que reciba notificación de nuestro departamento de facturación.

Nota: Una petición incompleta o la ausencia de respuesta a los intentos de contacto por parte de GeneDx causará una demora en el procesamiento de su petición o la anulación de la petición de disputa

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____
Nombre Apellidos

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

DISPUTE

1. Importe de la factura detallada: \$ _____

Importe disputado: Importe total

Importe parcial: \$ _____

2. Motivo de la disputa (marcar todo lo que proceda):

No me notificaron que tendría que pagar una cantidad de mi bolsillo.

Me notificaron que tendría que pagar una cantidad de mi bolsillo, pero era demasiado tarde para cancelar mi prueba.

La cantidad de cobro que aparece en mi factura detallada es mucho mayor que la que me cotizaron antes de la prueba.

GeneDx calculó que tendría que pagar de mi bolsillo esta cantidad: \$ _____

DECLARACIÓN

POR LA PRESENTE DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA Y VERAZ. ENTIENDO QUE SI MI DISPUTA NO SE RESUELVE A MI FAVOR, ME LO NOTIFICARÁN Y GENEDX ME EMITIRÁ UNA FACTURA. POR LA PRESENTE RECONOZCO QUE NO TENGO RELACIÓN ALGUNA CON EL MÉDICO QUE SOLICITÓ LA PRUEBA NI SOY SU EMPLEADO. ENTIENDO Y ACEPTO QUE GENEDX SE RESERVA EL DERECHO DE MODIFICAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD O DE MODIFICAR O CANCELAR ESTE PROGRAMA EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN PREVIO AVISO. ASIMISMO, CERTIFICO Y ACEPTO QUE GENEDX HA LLEVADO A CABO UN ESFUERZO COORDINADO PARA COBRAR ÍNTEGRAMENTE EL IMPORTE CORRESPONDIENTE A MI RESPONSABILIDAD DE PAGO DE MI BOLSILLO Y QUE YO HE ELEGIDO DISPUTAR ESTOS CARGOS DE MANERA INDEPENDIENTE.

Firma del paciente/parte responsable: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____