



## Formato de solicitud de prueba (TRF)

Llene este formato de solicitud de prueba **SOLO** si su kit **NO** ha sido registrado por su médico.

### ¿Cómo saber si necesito llenar este formato físico?



**Paso 1:** Escanee el código QR que aparece en la guía "Registre su kit" incluida en el kit de prueba.

**Paso 2:** Si su kit **NO** ha sido registrado **NO DEBE** ingresar su información en el portal.

**Paso 3:** Tendrá que llenar el formato de solicitud prueba físico para enviarlo con su muestra.

**Toda la información es necesaria para procesar la muestra.** **NO** aceptamos especímenes de pacientes que viven ni de médicos que practican en el estado de Nueva York.

### Información del médico/distribuidor

- Si reside en los EE. UU., su médico tendrá que llenar la siguiente información.
- Si no reside en los EE. UU., esta sección la puede llenar el paciente, distribuidor o médico (si aplica).

Nombre

ENEVIA HEALTH

Apellido

ENEVIA HEALTH

Credenciales

DEJAR EN BLANCO

Institución/Compañía

ENEVIA HEALTH

Teléfono

+34689301859

NPI (proveedores de salud de EE. UU.)

-----

Dirección

DEJAR EN BLANCO

Fax

-----

Ciudad

-----

Estado/Provincia

-----

Código postal

-----

País

ESPAÑA

Correo electrónico

INFO@ENEVIAHEALTH.COM

Firma del proveedor (solo EE. UU.)

DEJAR EN BLANCO

Firma registrada del proveedor de salud

**Códigos CIE-10,** solo EE. UU., necesarios para el seguro 1 - ----- 2 - ----- 3 - ----- 4 - -----

### Información del distribuidor para clientes internacionales

Nombre de la compañía distribuidora

ENEVIA HEALTH

País

ESPAÑA

Correo electrónico

INFO@ENEVIAHEALTH.COM

## Selección de prueba(s)

EL PROVEEDOR DE SALUD DEBE LLENAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN, si la prueba no está seleccionada, el paciente debe hablar con su proveedor para llenar esta sección, ya que no puede ordenar pruebas adicionales a nombre del médico.

### Pruebas de orina ¿Se congeló la orina? Sí No

**Orina** Fecha de recolección  
(MM/DD/AAAA)

Fecha de recolección  
de la muestra

**Orina**  
Hora de recolección

Colocar la hora  
y encerrar  
en un círculo si es a.m. o p.m.

- Prueba de ácidos orgánicos (OAT) (orina)
- Perfil MycoTOX\* (orina)
  - El paciente toma micofenolato mofetil (CellCept/Myfortic)
- Prueba de glifosato\* (orina) **Marcar rellenando el círculo de la prueba realizada**
- Perfil GPL-TOX\* (orina)
- Prueba de ácidos orgánicos microbianos (MOAT) (incluido en OAT) (orina)
- Prueba de aminoácidos\*
  - Aleatorio  24 h Vol. total \_\_\_\_ ml
- Perfil de calcio y magnesio\* (orina)
- Prueba de metales pesados:
  - Aleatorio  24 h Vol. total \_\_\_\_ ml
  - No. de horas cronometradas \_\_\_\_
  - Preprovocación  Posprovocación
  - Agente provocador \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_
- Prueba de criptopirroles\* (solo EE. UU.) (orina)
- Perfil de porfirinas\* (orina)

### Pruebas de sangre / sangre seca (DBS)

**Sangre** Fecha de recolección  
(MM/DD/AAAA)

**Sangre**  
Hora de recolección

a. m. / p. m.

- Prueba de alimentos con IgG MAP con Cándida/levaduras:  Suero  DBS
- Prueba en IgE básica de alergias alimentarias (suero)
- Prueba en IgE avanzada de alergias alimentarias (suero)
- Prueba en IgE básica de alergias inhalatorias (suero)
- Prueba en IgE de alergia al polvo (suero)
- Perfil de colesterol avanzado (suero)
- Prueba de aminoácidos\* (plasma)
- Perfil de cobre y zinc (suero)
- Prueba de metales pesados:  Sangre total  RBC
- Prueba de homocisteína\* (suero)
- Hierro y capacidad total de fijación del hierro\* (suero)
- Índice completo de Omega-3\* (DBS)
- Perfil de anticuerpos de estreptococo (suero)
- Prueba de vitamina D:  Suero  DBS

\* MosaicDX no cobrará al seguro por esta(s) prueba(s)

### Prueba de heces

**Heces 1** Fecha de recolección  
(MM/DD/AAAA)

06/22/2023

**Heces 1**  
Hora de recolección

10:40

a. m. / p. m.

**Heces 2** Fecha de recolección  
(MM/DD/AAAA)

06/22/2023

**Heces 2**  
Hora de recolección

01:30

a. m. / p. m.

- Examen parasitológico completo de heces
- Prueba de microbiología (heces)
- Prueba de metales pesados (heces)
  - Preprovocación  Posprovocación
  - Agente provocador \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_
  - ¿El paciente tiene amalgamas dentales?
    - No  Sí, ¿cuántas? \_\_\_\_

### Prueba de saliva Para prueba de hormonas

**Saliva** Fecha de recolección  
(MM/DD/AAAA)

Hora de recolección  
Mañana

Hora de recolección  
Mediodía

Hora de recolección  
Tarde

Hora de recolección  
Noche

¿Se congeló la saliva?  Sí  No

Marque si aplica:  Histerectomía  Ovarios extirpados

1er día del último periodo menstrual (MM/DD/AA) \_\_\_\_\_

- Perfil hormonal completo (saliva)  
Estradiol, progesterona, testosterona, DHEA, cortisol 4X
- Perfil hormonal completo plus (saliva)  
Estrona, estradiol, estriol, progesterona, testosterona, DHEA, cortisol 4X

### Cabello, agua, y otras pruebas

**Frotis bucal** Fecha de recolección (MM/DD/AAAA)

Para prueba de Análisis de  
vía de metilación de ADN

- Perfil de la secuencia de metilación de ADN\* (bucal)  
(requiere el formato de consentimiento informado)

**Cabello/otro** Fecha de recolección (MM/DD/AAAA)

- Prueba de metales pesados (cabello)
- Prueba de glifosato\* (agua)
- Otra prueba: \_\_\_\_\_

## Información del cliente y pago

<b>Nombre</b> <input style="width: 90%;" type="text" value="Nombre del paciente"/>	<b>Apellido</b> <input style="width: 90%;" type="text" value="Apellidos del paciente"/>	<b>Edad</b> <input style="width: 80%;" type="text" value="XX"/>	<b>Peso</b> <input style="width: 80%;" type="text" value="XX"/>
<b>Sexo</b> <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	<b>Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)</b> <input style="width: 80%;" type="text" value="Fecha de nacimiento del paciente"/>	<b>Teléfono</b> <input style="width: 90%;" type="text" value="Dejar en blanco"/>	<b>Idioma de preferencia para los resultados</b> <input style="width: 90%;" type="text" value="ESPAÑOL"/>
<b>Dirección</b> <input style="width: 95%;" type="text" value="Dejar en blanco"/>			<i>No todos los resultados están disponibles en todos los idiomas. Si su idioma de preferencia no está disponible, recibirá los resultados en inglés.</i>
<b>Ciudad</b> <input style="width: 90%;" type="text" value="Dejar en blanco"/>	<b>Estado/Provincia</b> <input style="width: 90%;" type="text" value="Dejar en blanco"/>	<b>Código postal</b> <input style="width: 80%;" type="text" value="-----"/>	<b>País</b> <input style="width: 80%;" type="text" value="-----"/>
<b>Correo electrónico</b>			
<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="E"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="R"/> <input style="width: 20px;" type="text" value=" "/> <input type="text" value="E"/> <input type="text" value="N"/> <input style="width: 20px;" type="text" value=" "/> <input type="text" value="B"/> <input type="text" value="L"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="C"/> <input type="text" value="O"/> <input style="width: 20px;" type="text" value=" "/> <input style="width: 20px;" type="text" value=" "/> <input style="width: 20px;" type="text" value=" "/> <input style="width: 20px;" type="text" value=" "/> <input style="width: 20px;" type="text" value=" "/> <input style="width: 20px;" type="text" value=" "/> <input style="width: 20px;" type="text" value=" "/> <input style="width: 20px;" type="text" value=" "/> <input style="width: 20px;" type="text" value=" "/> <input style="width: 20px;" type="text" value=" "/> <input style="width: 20px;" type="text" value=" "/>			

Autorizo y solicito que el pago de los beneficios de salud sean hechos directamente al garante mencionado para los exámenes de laboratorio. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para presentar y procesar una reclamación ante el seguro, si aplica. Comprendo que el seguro no cubre ciertos estudios (pago por cuenta propia) así que Mosaic Diagnostics no presentará un reclamo por estas pruebas. La persona responsable de los pagos autoriza a Mosaic Diagnostics a procesar el pago completo de las pruebas solicitadas (y de todas las cuotas de solicitud aplicables). Comprendo que Mosaic Diagnostics no garantiza la cobertura del seguro al presentar una reclamación. Permiso que una copia de este documento se use en lugar del original. Política de cancelación: He revisado y estoy de acuerdo con la política de cancelación que se encuentra en [www.mosaicdx.com/cancellation-policy](http://www.mosaicdx.com/cancellation-policy).

**Firma:** COLOCAR SU FIRMA **Fecha:** COLOCAR LA FECHA

**Persona responsable de los cargos**  **Misma que el paciente**

<b>Nombre</b> <input style="width: 90%;" type="text" value="ENEVIA HEALTH"/>	<b>Apellido</b> <input style="width: 90%;" type="text" value="-----"/>
<b>Dirección</b> <input style="width: 95%;" type="text" value="-----"/>	<b>Teléfono</b> <input style="width: 80%;" type="text" value="-----"/>
<b>Ciudad</b> <input style="width: 90%;" type="text" value="-----"/>	<b>Estado/Provincia</b> <input style="width: 90%;" type="text" value="-----"/>
<b>Código postal</b> <input style="width: 80%;" type="text" value="-----"/>	<b>País</b> <input style="width: 80%;" type="text" value="-----"/>
<b>Correo electrónico</b>	
<input type="text" value="I"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="F"/> <input type="text" value="O"/> <input type="text" value="@"/> <input type="text" value="E"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="E"/> <input type="text" value="V"/> <input type="text" value="I"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="H"/> <input type="text" value="E"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="L"/> <input type="text" value="T"/> <input type="text" value="H"/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="C"/> <input type="text" value="O"/> <input type="text" value="M"/> <input style="width: 20px;" type="text" value=" "/> <input style="width: 20px;" type="text" value=" "/> <input style="width: 20px;" type="text" value=" "/> <input style="width: 20px;" type="text" value=" "/> <input style="width: 20px;" type="text" value=" "/> <input style="width: 20px;" type="text" value=" "/> <input style="width: 20px;" type="text" value=" "/> <input style="width: 20px;" type="text" value=" "/> <input style="width: 20px;" type="text" value=" "/> <input style="width: 20px;" type="text" value=" "/>	

- Proveedor que factura:** ENEVIA HEALTH No disponible para clínicas de Nueva Jersey, Nueva York ni Rhode Island.
- Pago del paciente.** Más información en [www.MosaicDX.com/payments](http://www.MosaicDX.com/payments)
  - Pague en línea en [www.MosaicDX.com/payments](http://www.MosaicDX.com/payments) No. ID de transacción: \_\_\_\_\_
  - Cargo a tarjeta de crédito No. de tarjeta \_\_\_\_\_  
Fecha de expiración \_\_\_\_\_ Código de seguridad \_\_\_\_\_ Código postal/de facturación \_\_\_\_\_  
Nombre en la tarjeta \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_
  - Cheque
  - Transferencia bancaria, se deben pagar \$40 extra por la comisión del banco. Incluya los cargos de envío de regreso. Envíe una copia del recibo de la transferencia bancaria al correo electrónico [wiretransfers@mosaicdx.com](mailto:wiretransfers@mosaicdx.com).
  - PayPal, envíe el pago a "payment@mosaicdx.com". Nombre de usuario en PayPal: \_\_\_\_\_
  - Carrito de compras internacional prepago confirmación de 4 dígitos No. \_\_\_\_\_-INT  
Persona que compró la prueba: Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Vea el reverso para llenar la información del seguro (solo EE. UU.)

## Información del seguro

**Facturación a aseguradora** (solo EE. UU.) *incluya una fotocopia de ambos lados de la tarjeta del seguro.*

Requerimos que el paciente pague de contado y por adelantado el costo total MÁS el cargo de \$40 por reclamación y que se envíe con la muestra. Después de que hayamos presentado el reclamo a nombre del paciente ante el seguro, cualquier pago de la aseguradora se enviará al paciente. Llame al 913-754-0459 para resolver cualquier duda.

**Seguro primario** Compañía y nombre del plan (p. ej., BCBS de Kansas City): \_\_\_\_\_

Dirección de la aseguradora: \_\_\_\_\_

Teléfono de la aseguradora: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

No. de subscriptor: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el asegurado: \_\_\_\_\_ No. de grupo: \_\_\_\_\_

**Seguro secundario** Compañía y nombre del plan (p. ej., BCBS de Kansas City): \_\_\_\_\_

- Entiendo que Mosaic Diagnostics no es un proveedor participante en Medicare ni Medicaid. Entiendo que si Medicare o Medicaid está marcado como mi seguro primario, se me considerará como pago por cuenta propia y estoy de acuerdo en no presentar mi reclamo a mi aseguradora.

**Consulte [www.MosaicDX.com/payments](http://www.MosaicDX.com/payments) para encontrar un resumen del seguro.**

Si tiene dudas sobre el seguro, llame al 913-341-8949. Póngase en contacto con su proveedor de salud para saber los precios.

**Reclamos al seguro**

Mosaic Diagnostics presentará un reclamo en nombre del paciente para las pruebas que califiquen ante el seguro, o una cuota de \$40 por reclamo (revise la lista que los planes de seguros que califican en [www.MosaicDX.com/payments](http://www.MosaicDX.com/payments)). Mosaic Diagnostics requiere que el paciente pague de contado y por adelantado el costo total MÁS el cargo de \$40 por reclamación y que se envíe con la muestra. Después de que Mosaic Diagnostics haya presentado el reclamo a nombre del paciente ante el seguro, cualquier pago de la aseguradora se enviará al paciente.